

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N° 465

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre, Jean RIOU

Né le 2 Juillet 1910, à PLOGASTEL-St-GERMAIN (Finistère)

Interne des Hôpitaux de Nantes

Aide d'Anatomie à l'Ecole de Médecine

Lauréat de l'Ecole de Médecine

LA

PERFORATION EN PÉRITOINE LIBRE
DES ULCÈRES PEPTIQUES
JÉJUNAUX ET GASTRO-JÉJUNAUX

Président : M. B. CUNEO, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1937

ANNEE 1937

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre, Jean RIOU

Né le 2 Juillet 1910, à PLOGASTEL-St-GERMAIN (Finistère)

Interne des Hôpitaux de Nantes

Aide d'Anatomie à l'Ecole de Médecine

Lauréat de l'Ecole de Médecine

LA

PERFORATION EN PÉRITOINE LIBRE DES ULCÈRES PEPTIQUES JÉJUNAUX ET GASTRO-JÉJUNAUX

Président : M. B. CUNEO, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1937

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	ERUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TUJFNEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL
	LAVASTINI
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maur. VILLARET
	LOEPER
Clinique médicale	CARNOT
	Marcel LABBE
	CLERC
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN
	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose	BEZANCON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Clinique cardiologie	LAUBRY
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON
	OLIVIER
	VERNE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale	DE GAUDART	
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
BENARD Henri	Pathologie médicale.	DE GENNES...	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...	Pathologie médicale
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale	HUGUENIN	Anatomie pathologique
FEY	Pathologie médicale.	JOANNON	Hyg.ène.
DEGNON	Physique.	LACOMME	Obstétrique.
FUNCK	Urologie.	LANTUEJOUL..	Obstétrique.
BRENTANO		LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
GASTINEL	Pathologie chirurgicale.	LELONG	Pathologie médicale
GALLIARD	Parasitologie.		
CHEVALLIER ..	Bactériologie		



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) .	Ophthalmologie.
RICHER	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale	
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR-		
VALLERY-RADOT		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER ...		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER	} Clinique obstétricale	
ECALE		
LE LORIER		
LEVY-SOLAL ..		
METZGER		

V. — Chargés de cours

RUPPE	
WEIL-HALLE	
LEDOUX-LEBARD	
PHILIBERT, agrégé ...	
MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	

Education physique.
Radiologie clinique.
Microbiologie.
Stomatologie.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552819_0038

A MON PERE, A MA MERE

Dont la vie de dévouement et de sacrifice m'a permis d'entreprendre des études médicales.

Témoignage de reconnaissance filiale.

A mes Maîtres de Saint-Vincent de Pont-Croix

Qui avec leur enseignement, m'ont donné l'exemple du travail. Hommage de respect et de gratitude.

A mes Collègues d'Internat de Nantes

AUX MIENS ET A MES AMIS

A Monsieur le Professeur B. CUNEO

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*En le remerciant du très grand honneur
qu'il m'a fait en acceptant de présider
cette thèse.*

A Monsieur le Docteur E. PICHAT

Chirurgien des Hôpitaux de Nantes
Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.

et à Monsieur le Docteur GUIAS

Qui m'a communiqué une observation.

Je présente ici mes remerciements.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Nantes

Stage

M. le Professeur MIRALLIE (*in memoriam*).

M. le Professeur FAVREUL.

Externat

M. le Docteur GAUDUCHEAU.

M. le Professeur BAHUAUD.

Internat

Mme le Docteur POUZIN-MALEGUE.

M. le Professeur BAHUAUD.

M. le Docteur F. LERAT.

M. le Docteur GAUDIN.

M. le Professeur H. LERAT.

M. le Docteur VIEL.

M. le Professeur FAVREUL.

M. le Professeur AUVIGNE.

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de mon admiration et de ma respectueuse gratitude.

A mes autres Maîtres dans les Hôpitaux

MM. les Docteurs R. BUREAU, Ch. MIRALLIE,
POUMIER, BARON, MOISNARD, COLAS,
RELIQUET

En témoignage de ma reconnaissance

INTRODUCTION

L'ulcère peptique, au sens large du mot, est une récurrence d'ulcère gastro-duodénal malgré l'opération tentée contre lui (Delore-Le Riche). La récurrence peut avoir sur un point quelconque de l'estomac ou du duodénum, mais essentiellement sur un segment du tube digestif opératoirement abouché à l'estomac.

L'ulcère peptique est essentiellement un ulcère de G. E., tantôt au niveau de la bouche même, c'est l'ulcère peptique gastro-jéjunal ; tantôt à quelque distance d'elle sur le jéjunum : c'est l'ulcère peptique jéjunal proprement dit. Ce sont ces seuls ulcères récidivants jéjunaux et gastro-jéjunaux dont il sera question dans ce travail.

L'ulcus peptique constituant une question très débattue depuis 1899, a fait l'objet de très nombreuses publications et même d'un Rapport au Congrès français de Chirurgie de 1931.

L'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie tant clinique que radiologique et parmi ses complications : la perforation dans un viscère voisin (la fistule gastro-jéjuno-colique), la perforation en péritoine cloisonné ont été très étudiées. Mais la perforation en péritoine libre a été considérée comme

très exceptionnelle et a très peu retenu l'attention. Delore et Creyssel, en 1925, écrivent dans le *Journal de Chirurgie*, à propos de 21 cas d'ulcères peptiques observés par eux sans une seule perforation : « La perforation en péritoine libre est une modalité autrefois observée lorsque l'ulcère peptique n'était guère opéré que pour ses accidents dramatiques ou découverts à l'autopsie. »

Or, l'an dernier, notre maître, le Docteur Pichat, opéra une perforation en péritoine libre d'ulcus peptique gastro-jéjunal. A cette occasion il nous inspira un mémoire de clinique chirurgicale présenté à l'Ecole de Médecine de Nantes.

Nous réussîmes très facilement à trouver deux autres observations inédites : l'une appartenant à notre ami le Docteur Guias, de Pont-l'Abbé ; l'autre que nous avons découverte en consultant les registres du service de garde de l'Hôtel-Dieu de Nantes et avons reconstituée, par l'interrogatoire, plusieurs examens cliniques et radiologiques du malade. Partant de ces trois observations nous avons recherché tous les cas publiés dans les littératures médicales française, allemande, anglaise, américaine, etc. Nous avons étudié 92 observations. Mais parmi ces 92 observations, 8 publiées dans les travaux antérieurs (Lèveuf, Bertrand, Feillard) ne concernent pas en réalité des perforations d'ulcère peptique mais des perforations consécutives à des traumatismes opératoires. Une autre observation a été publiée en double dans tous les travaux antérieurs : celle d'une femme qui fut opérée

de 1903 à 1906 par Battle pour 3 perforations et en 1917 par Moynihan d'une nouvelle perforation. Il nous reste donc 83 malades ayant présenté des perforations d'U. P. vrai.

11 de ces 83 malades ont présenté des perforations itératives, si bien que nous avons 104 perforations d'U. P. pour ces 83 observations. Nous sommes persuadé que beaucoup d'observations n'ont pas été publiées ou nous ont échappé. Mais ce nombre constitue tout de même une statistique importante. Nous basant sur ces 83 observations, dont beaucoup sont malheureusement trop incomplètes, nous avons voulu faire une revue générale de la question.

Nous ne déguiserons pas qu'une grosse partie du sujet a été déjà très étudiée par Leveuf ; mais nous tâcherons de souligner quelques points qui n'avaient été envisagés dans les travaux antérieurs que peu ou même pas du tout :

1° La fréquence beaucoup plus grande qu'il n'est classique de l'admettre de perforation en péritoine libre d'U. P.

2° L'existence 1 fois sur 4 d'une perforation gastro-duodénale antérieure traitée par suture et G. E. chez le malade présentant un U. P. perforé avec comme sanction thérapeutique l'abstention de G. E. dans le traitement des perforations gastro-duodénales chaque fois que c'est possible.

3° La fréquence (1 fois sur 8) des formes itératives de perforation en péritoine libre d'U. P. avec comme sanction thérapeutique la gastrectomie comme seul

traitement de la maladie ulcéreuse à tendance perforante si marquée chez certains malades.

4° L'existence parfois de perforation d'U. P. en péritoine libre secondairement couverte et l'existence de formes à tableau clinique frustré dont le diagnostic repose surtout sur la radio du pneumopéritoine spontané.

HISTORIQUE

17 ans après la première gastro-entérostomie, en 1899, H. Braun, au Congrès des Chirurgiens allemands, relate l'histoire d'un malade mort avec des signes de péritonite généralisée, onze mois après une gastro-entérostomie pour ulcère sténosant du pylore. A l'autopsie, Braun découvrit un ulcère perforé, siégeant sur l'anse efférente du jéjunum à 1 cm. de la bouche.

A propos de cette observation, Braun créa le terme d'ulcère peptique.

Depuis cette première observation, nombreux ont été les travaux consacrés à l'ulcère peptique ; mais ces travaux concernent l'ulcère peptique lui-même, ses symptômes, son traitement et parmi ses complications la fistule jéjuno-colique.

En France, la perforation en péritoine libre a peu retenu l'attention du moins jusqu'à 1927.

Gosset, en 1906, dans un article publié à la *Revue de Chirurgie*, rapporte 8 perforations en péritoine libre sur 31 cas d'ulcus peptiques. En 1913, une observation de Marquis d'ulcus peptique perforé en péritoine libre est à l'origine d'un rapport de Hartmann sur l'ulcus peptique à la Société de Chirurgie de Paris.

Mais la première étude d'ensemble de la perforation en péritoine libre est due à Leveuf. Ayant eu l'occasion d'opérer un cas en 1925, Leveuf réunit 32 observations, fait une courte et excellente revue de la question et la publie dans la *Revue de Chirurgie* de 1927. Cette première étude reste encore la meilleure de la question.

En 1932, Bertrand et E. Martin publient la première observation lyonnaise d'ulcus peptique perforé ; puis s'attachant à la question font un relevé dans la littérature médicale de tous les cas identiques, arrivent à grouper 66 observations, publient un travail d'ensemble dans le *Lyon Chirurgical* et la thèse de Rozan de 1933.

Depuis, à part quelques publications de cas isolés, on ne note que la thèse de Feillard, de Bordeaux (1935), basée sur 4 observations et qui n'a rien ajouté à l'article de Leveuf.

Dans la littérature médicale allemande : depuis la *Revue générale* de Lieblein, en 1915, basée sur 29 observations, nous trouvons seulement quelques publications isolées : Spath (1927), Fromme (1929), Steden (1931).

Les travaux anglo-américains ont été nombreux ; parmi eux il faut citer surtout ceux de Paterson (1909), Wright (1918), Massie (1924) et Singer (1934).

Exposé des observations

Nous avons réuni ici 91 observations : d'abord une série de 15 perforations d'U. P. gastro-jéjunaux; puis une série de 68 perforations d'U. P. jéjunaux, la plupart, mais certaines d'U. P. gastro-jéjunaux (parce que dans certaines observations le siège exact n'est pas précisé et que dans d'autres cas le même malade a présenté successivement des perforations jéjunales et gastro-jéjunales). Dans cette seconde série, un groupe d'observations (LXII à LXXX) concernent des perforations d'U. P. après une perforation gastro-duodénale initiale ; un second groupe (LXIII à LXXIX) des perforations itératives d'U. P. ; un troisième groupe (Obs. LXXXI-LXXXII-LXXXIII) des perforations libres secondairement couvertes.

Nous avons mis à part (Obs. LXXXIV à LXXXXI) 8 observations qui ne sont pas des perforations d'U. P. mais des complications opératoires de la G. E.

ULCERES GASTRO-JEJUNAUX

Obs. I (PICHAT) (inéдите).

En novembre 1934 M. G... vient me consulter pour des troubles gastriques. Il présente un syndrome typique de sténose pylorique. Je l'adresse aussitôt à M. le Docteur Picard qui me répond :

« M. G... présente de toute évidence une sténose pylorique. Aux rayons, la moitié d'un repas pris sept heures auparavant est resté dans l'estomac.

« Un deuxième repas remplit un estomac qui, contrairement à mon attente, est relativement petit ou tout au moins pas plus volumineux que normalement.

« Légère dilatation de l'antré prépylorique. Pas d'image anormale sur les contours gastriques, pas d'ulcus en particulier (ce malade est un ancien ulcéreux que le Docteur Gendron m'avait adressé il y a quatre à cinq ans).

« Etant donné la sténose pylorique, le duodénum s'injecte fort mal et est, de ce fait, très difficile à examiner. Cependant, après une attente assez longue, j'ai pu faire quelques radiographies du bulbe qui apparaît déformé (je sais bien qu'il y a la cause d'erreur du mauvais remplissage). D'autre part sur la radio prise avant le deuxième repas et qui montre la stase gastrique, on note une tache résiduelle dans le duodénum. On peut espérer, dans ces conditions, que le syndrome de sténose est peut-être lié à un *ulcus duodénal*.

« Présence de sang en quantité moyenne dans les 3 échantillons de selles. J'ai conseillé très vivement une intervention la plus rapprochée possible. »

A l'opération, le 19 novembre 1934, je trouve une grosse tumeur pylorique, avec infiltration œdémateuse de tout l'antré pylorique allant même loin sur la grande courbure. J'interprète cette masse comme étant un néo, néo même trop étendu pour qu'on puisse songer à la gastrectomie. Je me contente de faire une gastro isopéristaltique trans et sus-mésocolique. Suture à la Robineau. (Sans pouvoir l'affirmer, je crois pouvoir dire que les sutures ont été faites avec du gastergut. Paroi en 3 plans. Catgut sur le muscle. Suites opératoires normales. Reprend son métier de cuisinier au bout de un mois et demi.

Je le revois deux ou trois fois : a repris son poids, ses forces, son activité. La dernière fois que je le vois, il se plaint d'avoir quelques digestions pénibles. Je lui donne du carbonate de bismuth et de l'hydrate de magnésie, médication qui calme les malaises dont il se plaignait. Ces temps derniers *M. G... allait très bien.*

Le 12 mars, à 6 h. 5 du matin, en s'asseyant sur son lit pour se préparer à prendre son petit déjeuner, *M. G...* est pris d'une douleur atroce dans l'abdomen. On me téléphone et je vois le malade à 7 h. 45.

Le malade souffre énormément du ventre. Cet homme, courageux pourtant, se plaint de douleurs atroces. Bon facies. Pas de vomissements. Impossibilité de respirer à fond. Température : 37°1. Pouls : 76, parfait.

A l'examen : Légère contracture au niveau de la cicatrice. Ventre de bois partout, mais ce qui me frappe, je ne réveille à la palpation, même profonde, aucun point douloureux. Et même ma main au niveau de l'éventration, s'enfonçant profondément entre les droits, ne provoque aucune douleur. Je suis très frappé par ce fait, qui contraste avec la contracture généralisée, contracture peut-être plus marquée dans les fosses iliaques que dans les hypocondres.

La matité hépatique existe encore, mais paraît diminuée. Je songe naturellement à la perforation du « néo », mais en raison du contraste entre la contracture et la douleur, en raison aussi de l'heure des accidents, j'ordonne de mettre une vessie de glace, de ne rien donner au malade et je pars à l'Hôtel-Dieu où j'ai une séance opératoire.

Je reviens voir le malade à 12 h. 15. Il souffre de plus en plus, demande l'intervention. Toujours bon facies. Température : 37°8. Pouls : 100. A eu un vomissement verdâtre.

L'examen est le même que le matin : Contracture in-

tense, sans douleur à la palpation. La matité hépatique est disparue.

Je fais le diagnostic ferme de perforation et je fais transporter immédiatement le malade à l'Hôtel-Dieu.

Intervention. Chirurgien : Docteur PICHAT ; assistant : RIOU PIERRE. Anesthésie au balsoforme. Incision sur le trajet de la première. Quelques adhérences épiploïques au péritoine. Un flot de liquide absinthique, sans odeur, fait issue de la région pylorique. J'explore aussitôt le pylore et, à ma grande stupéfaction, je ne trouve pas de tumeur. Elle a fondu littéralement ; le pylore est souple, normal, sans même trace de cicatrice étoilée. J'extériorise alors l'épiploon et le transverse et en les basculant vers le haut, j'aperçois une magnifique perforation taillée à l'emporte-pièce de forme ovale mesurant à peu près 3 à 4 mm. dans son plus grand diamètre et siégeant à la face postérieure de l'estomac, à 1 cm. à peine en dehors de la bouche gastro-jéjunale. En dehors de cette perforation on sent à la face postérieure de l'estomac un gros ulcus calleux du volume d'une grosse noix, mais heureusement, en avant, en arrière de la perforation et au niveau de la bouche, les tissus sont assez souples.

Je ferme la perforation, en deux plans, facilement, au fil de lin. Je ramène un gros paquet épiploïque que je suture au jéjunum, constituant ainsi un troisième plan. Un drain sus-pubien. Paroi en un plan au fil de bronze.

Suites opératoires normales. M. G... reprend son travail au bout de six semaines.

Dernièrement, quatorze mois après la perforation, j'ai revu M. G... Il ne présente aucun trouble qui puisse traduire la reprise du processus ulcéreux.

Obs. II (BATTLE).

Homme, ? ans. Perforation un an et neuf mois après

une G. E. antérieure avec entéro-anastomose. Syndrome de perforation brusque. Opération quatre heures après : perforation sur la G. E. au milieu d'un segment induré. Suture. Guérison.

Obs. III (VON EISELBERG).

Sexe (?). Opéré antérieurement d'ulcère calleux du pylore. Pylorectomie. Procédé de Billroth II. Syndrome de perforation. Opéré 24 heures après : ulcère perforé sur la partie antérieure de la G. E. Décès.

Obs. IV (KEY et PATERSON).

Femme, 45 ans. En janvier 1899, G. E. antérieure en Y pour ulcère de la paroi gastrique adhérent au pancréas. En mars 1906, douleurs abdominales traitées par des lavages d'estomac. Syndrome de perforation à la suite d'un lavage. Opération : délai (?); gaz dans l'abdomen; adhérences. Perforation d'un ulcère au niveau de la G. E. Epiploon adhérent. Bouche rétrécie. Excision de l'ulcère; agrandissement de la G. E. Lavages. Guérison.

Obs. V (LINDNER).

Femme, 50 ans. G. E. fundique pour (?). Les troubles réapparaissent. G. E. pré-pylorique. Mort trois jours après. Autopsie : perforation d'un ulcère au niveau de la G. E. fundique.

Obs. VI (LINDNER).

Sexe (?). Opéré avant de G. E. antérieure. Six ans après, syndrome de perforation. Opération : ulcère perforé au niveau de la G. E. Variété de l'opération non indiquée. Guérison.

Obs. VII (PETREN).

Homme, 37 ans. *Perforation* d'ulcère de la grande

courbure. Le 7 octobre 1907: excision, suture, G. E. postérieure avec entéro-anastomose. Guérison. Le 8 juillet 1908, nouveau *syndrome de perforation*. Disparition de la malité hépatique. Opération: revêtement fibrineux au niveau de la G. E. Perforation d'un ulcère gros comme un petit pois entouré de tissus fibreux. Excision, suture. Guérison. *Les douleurs persistent en 1909.*

Obs. VIII (MARQUIS).

Homme de 41 ans. Janvier 1907: G. E. en Y pour ulcère pylorique sténosant. Excellente santé pendant six ans et demi. Puis brutal syndrome de perforation: avec douleur atroce à maximum épigastrique; vomissement; état de shock; ventre de bois. Opération: cinq heures après: ulcère perforé (pièce de 50 centimes) sur la paroi antérieure de l'anastomose, exactement sur la bouche gastro-intestinale, mais empiétant davantage sur le jéjunum. Ses bords sont nets, arrondis, mais épaissis. Adhérences de l'estomac et de l'intestin en arrière. Suture en deux plans et épiplooplastie. Drains dans le Douglas. Guérison.

Obs. IX (DELALOYE).

Homme, 41 ans. Octobre 1896: G. E. antérieure, pour sténose du pylore. En 1900, après trois ans de santé parfaite, une crise douloureuse brusque fait penser à une perforation. Guérison spontanée, mais les douleurs persistent. En juin 1902, nouvelle crise douloureuse. Mort quarante-huit heures après. Autopsie: perforation (dimension d'un petit pois) d'un ulcère situé sur la G. E. Adhérences de l'épiploon à la paroi abdominale et à l'anastomose. La perforation s'est faite en dehors des adhérences.

Obs. X (BAARRHJELIN).

Homme, 37 ans. Perforation d'un ulcère gastrique le

7 octobre 1907 ; excision, suture, G. E. postérieure, entéro-anastomose. *Perforation d'ulcère peptique* au bout de neuf mois, le 7 juillet 1908. Intervention à la 21^e heure : perforation sur le bord gauche de la bouche, en tissus œdémateux. Excision, gastrorraphie. Guérison.

Obs. XI (JUDINE).

Homme, 36 ans. *Gastro-entérostomie pour ulcère gastrique*. Trois ans après, le 15 juillet 1928, *perforation d'ulcère peptique*. Intervention : perforation d'un ulcère calleux de la bouche. Suture. Enfouissement en appliquant une anse grêle sur la perforation. Guérison. Cinq mois après, le 3 décembre, *deuxième perforation* : même ulcère gastro-jéjunale perforé, même conduite thérapeutique. Guérison. *Troisième perforation*, quatre mois après. Résection large de l'estomac. Guérison.

Obs. XII (JUST).

Homme, 29 ans. *Perforation d'ulcère duodénal*. Enfouissement, G. E. antérieure précolique avec jéjunojéjunostomie complémentaire. Il continue à souffrir. *Perforation d'ulcère peptique* au bout de dix mois. *Intervention* : perforation d'un ulcère calleux de la bouche. Gastrectomie large. Guérison.

Obs. XIII (BERTRAND et Et. MARTIN).

Homme de 61 ans. Juillet 1928 : *perforation d'ulcère juxta-pylorique* ; suture épiplooplastie. G. E. P. au bouton de Jaboulay. Aucun trouble indiquant ulcus récidivant. 30 nov. 1931 : douleur abdominale brutale ; diarrhée ; défense légère. Un médecin traite le malade par l'opium, pensant à une indigestion banale. 2 déc. 1931 : le malade est vu par le Docteur Bertrand qui trouve une contracture de l'épigastre et de tout le côté droit de l'abdomen. Le malade a vomi une fois. Tempé-

rature : 37°8. Pouls : 84. Douglas empâté. Diagnostic : appendicite pelvienne. *Opération. Incision d'appendicite* : appendice sain mais liquide jaune verdâtre dans le ventre ; prolongation de l'incision vers le haut pour recherche d'une perforation digestive. Ulcère perforé (50 centimes) à l'emporte-pièce au niveau de la bouche de G. E. au ras de l'anse efférente. Suture en deux plans. Jéjuno-jéjunostomie complémentaire. Guérison. *Cinq mois après* : occlusion du grêle. Section d'une bride iléo-cæcale. Guérison.

Obs. XIV (SCHWARTZ).

Homme, 47 ans. G. E. postérieure en Y avec exclusion du pylore, le 29 janvier 1920, pour un syndrome ulcéreux remontant à 1912. Aucune amélioration. Le 22 octobre 1921, intervention pour ulcère peptique de la bouche. Excision de l'ulcère, suture. Amélioration. Trois ans après, le 24 décembre 1924, perforation d'ulcère peptique. Intervention. Perforation au niveau de la bouche. Excision, suture. Guérison, puis reprise des douleurs dix-huit mois après. Le malade refuse une opération radicale.

Obs. XV (SIMON).

Homme, 34 ans. G. E. en 1921 pour ulcère du duodénum. Après quelques semaines de répit reprise des douleurs. En juin 1927, six ans après, perforation d'un ulcère peptique. Intervention à la troisième heure : perforation au ras de la bouche, contre l'anse efférente. Dégastro-entérostomisation, résection de l'ulcère, suture bout à bout du jéjunum. Guérison opératoire. *Puis reprise des douleurs* ; en janvier 1928, pylorectomie et Billroth II pour ulcère prépylorique sténosant. Amélioration de courte durée et nouvelle intervention en septembre 1928 : ulcère peptique de la bouche de gastro ;

nouvelle G. E. précolique antérieure, à anse longue avec jéjunostomie. Un examen radiologique pratiqué en janvier 1928 montre des signes évidents d'ulcères peptiques sur les deux bouches. Une nouvelle intervention est refusée par le malade.

ULCERES JEJUNAUX

Obs. XVI (Docteur GUIAS) (*inédite*).

M. G..., Jean, 55 ans, de Kérity Pennmarc'h est opéré le 15 avril 1933 pour signes d'ulcère gastrique. A l'intervention : on découvre un ulcus géant étendu à la face antérieure de l'antra pylorique, à une partie de la grande courbure. La face postérieure de l'estomac est inaccessible et trop adhérente. Sans grande conviction devant des lésions aussi avancées et un état général précaire, je pratique une G. E. sur la face antérieure de l'estomac avec anse longue et jéuno-jéjunostomie. Les suites opératoires furent simples. Le malade se trouvant beaucoup amélioré quitte l'hôpital quinze jours après l'opération et il reprend son travail et ses habitudes d'intempérance. Mais au bout de six à sept mois, le malade est repris de troubles hyperchlorhydriques évoluant par crises et d'hématémèses de sang rouge. Le 27 mars 1936, trois ans après la première opération, M. G... est amené d'urgence à l'hôpital par le Docteur Jean, de Penmarc'h pour signes de perforation. Deux heures auparavant, le malade a ressenti une douleur brutale dans le ventre. Pas de vomissements. A l'examen : état de schock, ventre de bois. Devant cette symptomatologie bruyante, semblable à celle d'une perforation gastrique banale, le Docteur Guias intervient aussitôt (deuxième heure). A l'intervention : on trouve une quantité considérable de liquide jaune sans trace d'aliments dans le ventre et une perforation d'un ulcère

jéjunal. L'ulcus est situé sur la face antérieure du jéjunum à l'union des deux anses, au voisinage de la bouche gastro-entérostomie. Fermeture en bourse et enfouissement. La rapidité de l'intervention et les adhérences qui ont été respectées n'ont pas permis de juger l'état actuel de l'estomac. Le 26 avril, le malade est reparti chez lui



FIG. 1.

Schéma de l'observation XVI.

- a) Siège de l'ulcère jéjunal perforé.
- b) Adhérence.

en bonne santé avec un bon état général. Le malade a été revu le 12 avril 1937. Il continue sa vie d'ivrogne invétéré. Il ne vomit pas, ne présente pas de crises douloureuses périodiques, n'a jamais fait depuis la dernière intervention d'hématémèse.

Obs. XVII (Personnelle) (*inédite*).

M. A..., Théodore, 26 ans, chaudronnier, demeurant à Nantes, atteint d'ulcère juxta-pylorique avec douleurs,

hématémèses, vomissements, est opéré à l'hôpital Bellier (septembre 1929) par le Docteur Ertaud qui pratique une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Après 17 jours d'hospitalisation que n'a marqué aucune complication post-opératoire, M. A... retourne guéri chez lui. Il reprend son travail, se sent très bien, mange de tout, ne se prive pas de boissons alcoolisées. Pendant deux ans et demi, il en est ainsi, mais en 1932 ses digestions sont pénibles, du moins pour certains aliments, mais il ne souffre pas, ne vomit pas ; il ne s'inquiète donc nullement et ne va pas voir de médecin. Le dimanche 4 septembre 1932, au matin, M. A... travaille dans son jardin. Il travaille avec un levier, une grosse barre de fer qui soudain lui heurte l'abdomen, coup assez violent au dire du malade, mais pas assez cependant pour lui faire interrompre ses occupations. Le midi le malade mange de bon appétit un civet ; mais à partir de 14 heures il ressent de la « gêne, du gonflement » de l'estomac. Il s'en va néanmoins faire une promenade en compagnie de ses frères et de ses amis, à la foire, sur le cours Saint-Pierre. A 18 heures, il se trouve au café et boit de la bière, quand soudain il ressent une violente douleur dans le ventre. Il a la sensation « d'avoir les reins brisés ». Ployé en deux, il lui est impossible de se redresser et de faire le moindre pas. Ses frères font venir un taxi et le transportent aussitôt chez lui. Mais la douleur ne diminue pas, on cherche vainement de tous côtés un médecin. Aussi téléphone-t-on aux Prompts Secours, qui emmènent le malade à l'Hôtel-Dieu à 22 heures. Il y est reçu par la garde : l'interne, M. Jean Lemoine, et le Docteur Breton, qui, devant cette douleur brutale et une contraction abdominale intense, portent le diagnostic de perforation gastrique. Intervention d'urgence : chirurgien, Docteur Breton ; assistant, M. Jean Lemoine. Anesthésie générale.

Laparotomie sus-ombilicale : on découvre un ulcère perforé siégeant sur la paroi antérieure du jéjunum, près de la bouche. Suture en deux plans : plan total, plan séro-séreux, épiplooplastie. Drainage par la fosse iliaque droite, glace sur le ventre. Tonicardiaques habituels. Le malade est hospitalisé salle 7. Le 19 octobre, le malade éprouve soudain, après son repas, une crise avec douleur et vomissements. L'interne du service du Professeur Lerat, M. Charbonnel, pratique un lavage d'estomac, qui amène la guérison de cette crise, jamais renouvelée par la suite. Par ailleurs aucune complication post-opératoire. Trois mois après son entrée salle 7, vers le début de décembre, le malade quitte l'hôpital et se sent guéri. Nous avons été voir ce malade, le dimanche matin 10 mai 1936. Nous l'avons trouvé au café où il prenait l'apéritif. Il nous a déclaré ne plus se ressentir de rien, travailler très bien et ne suivre aucun régime. Il prend n'importe quelle boisson et n'importe quel aliment. Nous avons réexaminé ce malade le 17 avril 1937 : aucun signe clinique qui traduise la reprise du processus ulcéreux. A la radioscopie, après ingestion de bouillie barytée, la bouche de gastro-entérostomie fonctionne très bien. Par elle seule s'évacue l'estomac. Rien ne passe par le pylore.

Obs. XVIII (BRAUN).

Homme, 25 ans. Le 17 novembre 1897, G. E. postérieure à la suture. Des troubles gastriques réapparaissent dès le 26 janvier 1898. Mort le 20 octobre 1898 de péritonite. *Autopsie* : perforation de l'anse efférente du jéjunum longue de 1 cm. sur 1/2 cm. de large et située à 1 cm. de la G. E. Perforation à l'emporte-pièce. Bouche de la G. E. normale.

Obs. XIX (DUDGEON et SARGENT).

Homme, 30 ans. G. E. (?) pour ulcère. Deux mois

après, signes de perforation. *Opération* : quatre heures après : *ulcère peptique perforé du jéjunum, tout contre la gastro-entérostomie*. Suture. Guérison.

Obs. XX (EDINGTON).

Homme, 26 ans. En 1899, G. E. antérieure pour sténose du pylore par ulcère. En 1904, opéré pour lithiasse biliaire. Le 9 décembre 1906, signes brusques de perforation. *Opération* dix-huit heures après. Gaz et liquide dans l'abdomen. Perforation de la face antérieure de l'anse efférente du jéjunum large de 6 mm. Autour de la perforation, tissu cicatriciel friable. Suture. Lavage du péritoine. Fermeture sans drainage. Mort trois heures et demie après. *Autopsie* : la perforation fait partie d'un ulcère triangulaire.

Obs. XXI (GÆPEL).

Homme, (?) ans. G. E. antérieure pour sténose du pylore par ulcère. Treize mois après, signes de perforation. Mort au bout de deux jours. *Autopsie* : ulcère perforé du jéjunum à 2 ou 3 mm. de la G. E.

Obs. XXII (GÆPEL).

Homme, 34 ans. G. E. antérieure sans entéro-anastomose. Neuf mois après, signes brusques de perforation. *Opération* immédiate. Suture de la perforation. Guérison.

Obs. XXIII (GRASER).

Femme, (?) ans. G. E. postérieure au bouton pour sténose du pylore par ulcère calleux. Santé parfaite pendant deux ans, puis vomissements et troubles dyspeptiques. Mort quatre ans après l'opération, par hémorragie interne. *Autopsie* : sang dans la cavité abdominale. Ulcère perforé (10 pfennigs) du segment initial

du jéjunum. Au fond de l'ulcère, artère perforée. L'orifice de G. E. est rigide, perméable au crayon seulement.

Obs. XXIV (GOEPEL).

Homme de (?) ans. G. E. ant. pour sténose du pylore par ulcère. *Quatre mois plus tard* : signes brusques de perforation, après de violentes douleurs du début, au moment de l'opération pratiquée à la cinquième heure. A part la contracture énorme des grands droits, on ne notait plus que des signes objectifs très légers et un état général bon. *A l'intervention* : ulcère perforé du jéjunum situé à 2 ou 3 mm. de la bouche de la G. E. Suture au catgut. Tamponnement. Guérison.

Obs. XXV (HITZROT).

Homme, 26 ans. Opéré sept ans auparavant pour dilatation d'estomac ; souffre depuis deux jours. *Opération* : l'appendice est intact. Au niveau de l'estomac il existe une G. E. en Y avec perforation du jéjunum au niveau de l'anse efférente. Suture en bourse. Drainage. Guérison.

Obs. XXVI (PARKER).

Homme, 51 ans. En décembre 1900, pyloroplastie. En 1901, G. E. antérieure : guérison parfaite. En 1904, *bute contre un obstacle* : douleur subite et collapsus. Mort. *Autopsie* : ulcère perforé du jéjunum vis-à-vis de l'anastomose. Ulcère ancien à bords durs, pylore rétréci.

Obs. XXVII (IACOBOVICI).

S. R., homme, 60 ans. Ulcère du duodénum, traité par G. E. A. en 1911. Six ans après : troubles décelant l'apparition d'un ulcère peptique. 1922 : ulcère peptique perforé en péritoine libre. Excision. Suture. Enfouissement. Guérison. Mort un an après de cause inconnue.

— 24 —

Obs. XXVIII (IACOBOVICI).

D. S., homme, 47 ans. Ulcère du duodéal. Résection à la Finsterer en 1928. Quatre mois après : perforation en péritoine libre d'un ulcère situé près de l'anastomose. Péritonite généralisée. Excision. Suture. Mort.

Obs. XXIX (BATTLE).

Homme, 30 ans. G. E. antérieure au bouton, vingt-deux ans auparavant, pour sténose du pylore par ulcère. Troubles dyspeptiques quatre mois auparavant : ablation du bouton. Syndrome de perforation brusque. *Opération* : quatre heures après. Gaz dans l'abdomen. Ponction d'une anse grêle dilatée. Perforation de la paroi antérieure de l'anse efférente du jéjunum, large de 4 mm. et située à 3 cm. de la bouche de G. E. Suture de la perforation. Lavage du péritoine. Drain sus-pubien. Guérison maintenue quatre ans après.

Obs. XXX (PODLAHA).

Homme. Ulcère duodéal. G. E. Ulcère peptique jéjunale perforé. Excision de l'ulcère. Restauration de la G. E. Guérison maintenue après trois ans.

Obs. XXXI (JENSEN).

Homme, 54 ans. G. E. anté-colique pour sténose du pylore (ulcère probable). Mort quarante-sept jours après. *Autopsie* : ulcère du jéjunum perforé à 1 cm. au-dessous de l'anastomose. L'anse anastomosée est à 4 mm. 6 de l'angle duodéal-jéjunale et à 1 mm. 85 de la valvule iléo-cæcale.

Obs. XXXII (JIANU).

Homme, (?) ans. G. E. pour sténose du pylore (ulcère probable). Dix mois après, mort par péritonite. *Autopsie* : ulcère jéjunale perforé, exactement vis-à-vis de la bouche de la G. E.

Obs. XXXIII (SCHLOFFER).

Homme, 19 ans. G. E. postérieure le 20 septembre 1925 pour *ulcère perforé* du pylore. *Perforation d'ulcère peptique* deux ans et neuf mois après. *Intervention* : ulcère perforé à la fois dans le côlon transverse et dans la cavité abdominale. Il est situé sur l'anse efférente, exactement en face de la G. E. Gastrectomie. Guérison.

Obs. XXXIV (SCHLOFFER).

Homme, 32 ans. G. E. postérieure pour ulcère du duodénum. Perforation d'ulcère peptique au bout de trois ans. Intervention : perforation sur l'anse afférente. Gastrectomie. Guérison.

Obs. XXXV à XLVI (SOKOLOV).

Douze observations d'ulcères peptiques jéjunaux et gastro-jéjunaux (pas de détails). 2 moribonds non opérés. 10 opérés : 2 morts, 8 guérisons.

Obs. XLVII et XLVIII (STEDEN).

Dans ces deux cas, Steden pratiqua une G. E. antérieure avec entéro-anastomose pour des malades porteurs d'une dilatation gastrique avec ptose. Une perforation d'ulcère peptique jéjunal se produisit par la suite, nécessitant une gastrectomie (Billorth II). Guérison.

Obs. XLIX et L (STEDEN).

Pour deux autres malades, atteints cette fois d'ulcère gastrique, deux G. E. antérieures avec entéro-anastomose sont également pratiquées. Là encore deux perforations d'ulcère peptique jéjunal traitées par gastrectomie (Billorth II). Guérison.

Obs. LI (KUMMER).

Homme de (?) ans. G. E. pour ulcère pylorique. Se

sent parfaitement rétabli, fait fi du régime et se met à manger de tout. Quatre mois et demi après, recommence à souffrir comme avant son opération sinon davantage. Avec persévérance, il suit dès lors des traitements divers sans résultat appréciable. *Cinq ans et demi après la G. E.* le malade est ramené avec une péritonite généralisée. *Intervention* : ulcère perforé à l'endroit de l'anastomose sans précision. Exitus le lendemain.

Obs. LII (HAHN).

Homme, (?) ans. G. E. antérieure pour sténose du pylore (pour ulcère probable). Un an après, signes brusques de perforation en soulevant un poids pesant. Mort vingt-quatre heures après. *Autopsie* : ulcère perforé de la partie initiale du jéjunum, à 1 ou 2 cm. de la bouche de G. E.

Obs. LIII (BASIL-HALL).

Homme, (?) ans. G. E. antérieure pour dilatation gastrique. Deux ans après, mort subite en état d'ébriété. Autopsie : ulcère perforé du jéjunum à 15 cm. au-dessous de la G. E.

Obs. LIV (LEVEUF).

Homme de 47 ans. G. E. post. pour ulcère sténosant du pylore en 1920. Santé parfaite maintenue cinq ans et demi. 25 nov. 1925, à 17 h. 30 : brusque et violente douleur abdominale sans siège initial précis, sans siège maximum net. Ni nausées, ni vomissements. Facies pâle, fatigué. Température : 37°2. Pouls : 82. Le médecin pense à une appendicite et le malade a reçu une piqûre de morphine. Leveuf voit le malade à minuit et constate, outre les signes précités, un ventre rétracté, une contracture de tout l'abdomen mais prédominant au

niveau de l'épigastre et de la région sous-ombilicale une disparition complète de la matité hépatique. Leveuf porte le diagnostic de perforation d'estomac, peut-être d'ulcus peptique. *Intervention 9^e heure* : perforation arrondie (sur 12-15 mm.) sur la paroi antérieure de l'anse efférente jéjunale à 2 cm. environ de la zone d'adhérence de l'anastomose au mésocôlon, ulcère à bords nets découpés à l'emporte-pièce. Aucune adhérence voisine. Dilatation importante de l'anse jéjunale s'étendant sur 40 cm. en aval de la perforation. Le duodénum, l'anse jéjunale afférente et tout le reste sont rétractés. Exclusion du pylore. Résection du jéjunum et de la gastro. Nouvelle gastro-entérostomie mais en Y. Guérison. Mai 1926 : quelques douleurs d'estomac.

Obs. LV (SINGER et KARL A. MEYER).

Femme de 42 ans. 1929 : G. E. pour ulcère sténosant du pylore. Suit son régime jusqu'à avril 1930, mais alors se met à manger de tous les aliments irritants et huit jours avant son admission à l'hôpital éprouve des douleurs une demi-heure après les repas et de temps en temps des vomissements marc de café. 10 juillet 1930 : à 10 heures, brutale et violente douleur épigastrique qui ploie la malade en deux ; vomissements marc de café. *L'examen révèle* : douleur diffuse abdominale ; un ventre de bois ; une disparition de la matité hépatique. Température, pouls, respiration : normaux. *Diagnostic* : perforation d'ulcus peptique. *Intervention* : à l'ouverture de l'abdomen (sous anesthésie générale à l'éther) issue de liquide couleur de lait. Perforation de 2 mm. de diamètre d'un ulcus situé sur la paroi antérieure du jéjunum à 1 cm. de la bouche. Suture. Epiploosplastie. Fermeture sans drainage. Guérison, se maintenant un an après.

Obs. LVI (BALFOUR).

Gastro-entérostomie antérieure. Perforation d'ulcère peptique. Intervention à la troisième heure : perforation d'un centimètre de diamètre sur la partie antérieure de l'anastomose. Gastrectomie. Guérison.

Obs. LVII (MICHON).

Homme, 41 ans. Première G. E. postérieure pour ulcère du duodénum en 1926. Le malade n'a jamais eu la « sensation d'être guéri ». En janvier 1929, deuxième gastro (G. E. antérieure) pour ulcère peptique gastro-jéjunal, après dégastro-entéromisation. Perforation d'ulcère peptique treize mois après la deuxième gastro, le 19 avril 1929. Intervention à la deuxième heure : perforation lenticulaire de l'anse efférente en regard de la bouche. Ulcère très calleux sur une anse grêle très dilatée. Excision ; suture. Guérison. Ultérieurement et à titre préventif, gastrectomie à la Polya. *Guérison maintenue trente mois après.*

Obs. LVIII (OKINCZYĆ).

Homme, 37 ans. G. E. postérieure pour ulcère du duodénum le 28 septembre 1921. Au bout de six ans, *signes d'ulcère peptique de la bouche. Intervention* en mai 1927 : suppression de la gastro-entérostomie postérieure, nouvelle gastro-entérostomie antérieure à anse longue avec entéro-anastomose. *Perforation d'ulcère peptique* 43 jours après la deuxième G. E. *Intervention* à la huitième heure : perforation du jéjunum en regard et au-dessous de la bouche de gastro, résection du jéjunum et de la bouche. Guérison opératoire. Quelques mois plus tard, réactivation de l'ulcère duodénal. Pylorectomie avec Polya rétrocolique. Retour des troubles ulcéreux. Ulcère peptique jéjunal probable.

Obs. LIX (CHARBONNEL et LEURET).

Homme, 60^{ans}. Opéré treize ans avant. G. E. post. pour sténose du pylore par ulcère. Ne suit aucun régime. *Cinq ans après* : crise douloureuse abdominale ayant duré huit jours, étiquetée « lithiasse biliaire ». *Depuis trois mois* : douleurs après les repas, digestions pénibles ; appétit conservé ; pas de vomissements. *Syndrome de perforation brutale* : douleur du côté gauche irradiant vers la fosse iliaque gauche ; nausées sans vomissements. Malade pâle, anxieux. Pouls : 100, bon. Ventre de bois partout. Disparition de la matité hépatique. *Diagnostic* : perforation peut-être d'un ulcus récidivé. *Intervention à la 16^e heure* : ulcère jéjunale siégeant sur l'anse efférente à 1 cm. 5 de la bouche à bords peu indurés, gros comme une pièce de 50 centimes et perforation minuscule. Ulcère gastro-jéjunale circonférenciel de la bouche. Bouche épaissie. Mésocôlon infiltré. Perforation minuscule. Suture en deux plans de chacun des deux ulcus, rétrécissant l'anse jéjunale. *Décès le lendemain soir*.

Obs. LX (LION-MOREAU).

Homme de 43 ans. En 1900 : G. E. postérieure pour sténose du pylore (ulcère probable). *Juin 1907* : crises diarrhéiques 6 à 7 fois par jour ; éructations fétides, fréquentes ; amaigrissement énorme. *Février 1908* : *opération (Nélaton)* : libération d'adhérences. Mort un mois après avec hématomésos. *Autopsie* : liquide sanglant dans l'abdomen. G. E. perméable ; adhérences nombreuses ; fistule jéuno-colique. Ulcère perforé en péritoine libre de 1 cm. de long sur 1/2 cm. de large situé sur la paroi postérieure du jéjunum immédiatement au-dessous de la G. E.

Obs. LXI (VON EISELBERG).

Homme, 40 ans. G. E. postérieure et exclusion du py-

lore pour ulcère calleux du pylore avec sténose. Trois semaines après troubles dyspeptiques. Deux mois après l'opération, signes de perforation. *Opération immédiate* : perforation du jéjunum, immédiatement au-dessous de la bouche de G. E. Fistule jéjuno-colique. Tumeur calleuse autour de la bouche de G. E. Suture de la perforation. Lambeau épiploïque. Nouvelle G. E. antérieure avec entéro-anastomose. Mort vingt-quatre heures après. Autopsie : trois autres ulcères sur l'anse efférente du jéjunum, près de la perforation.

Obs. LXII (FROMME).

Homme, 41 ans. *Perforation d'ulcère duodénal en 1927*, traitée par enfouissement avec G. E. antérieure. Neuf mois après : *perforation d'ulcère peptique*. Intervention à la sixième heure : perforation sur la face antérieure de l'anse efférente du jéjunum. Gastrectomie par Billroth II. Résection du jéjunum et anastomose bout à bout. Guérison.

Obs. LXIII (FROMME).

Homme, 32 ans. *Perforation d'ulcère duodénal en 1918*, traitée par enfouissement et G. E. antérieure pré-colique. Perforation d'ulcère peptique deux mois et demi après. Opération à la cinquième heure : perforation du jéjunum. Résection de la bouche et d'une grande partie de l'estomac. Billroth II, suture bout à bout du jéjunum. Guérison.

Obs. LXIV (LE GAC).

Homme de 46 ans. 1925 : *ulcère perforé du pylore* ; à la cinquième heure : cautérisation. Suture. G. E. 20 juin 1935 : syndrome brutal de perforation. *Opération* une heure après : ulcère peptique perforé. Suture. Plusieurs semaines après : renvois fécaloïdes ; selles

nombreuses. Une radiographie en novembre 1925 montre que vingt minutes après ingestion; la baryte dans la partie gauche du transverse et le côlon descendant. Fistule gastro-jéjuno-colique. Cure radicale proposée et refusée. Dix ans après : bon état général. Diarrhée intermittente sans renvois fécaloïdes et sans vomissements.

Obs. LXV (BÉGOUIN).

Homme de 56 ans. 1927 : *perforation d'ulcère pylorique*. Suture et G. E. post. Pendant six ans santé parfaite. Nov. 1933, à 16 h. 30 : syndrome de perforation avec violente douleur épigastrique qui s'atténue peu à peu. Quelques vomissements bilieux. Facies tiré ; fatigue. Température normale. Pouls petit à 100. Contracture dans l'étage sous-ombilical seulement. L'étage sus-ombilical souple. *Intervention à 22 h. 30* : incision dans la fosse iliaque droite. Appendice sain ; issue de liquide gastrique. Drain dans le Douglas. Incision sus-ombilicale : perforation d'un ulcère jéjunal sur paroi antérieure de l'anse afférente dilatée. La perforation, de la taille d'une pièce de 50 centimes, repose sur une callosité comme une pièce de 10 francs. Adhérences. Résection de l'ulcère. Suture transversale de la brèche. Gastro-pylorectomie à la Polya. Guérison.

Obs. LXVI (JEANNENEY).

Homme de 32 ans. Avril 1932 : *perforation d'un ulcère* de la face antérieure de l'estomac. Balfour avec enfouissement et gastro-entérostomie. Ne suit aucun régime ; habitudes d'intempérance. 19 juillet 1934 : commence à ressentir des douleurs après les repas. 21 juillet : hématomésés. 23 juillet : syndrome de perforation brutale avec douleur au creux épigastrique ; contracture généralisée. *Diagnostic* : ulcère perforé. *Intervention à la sixième heure* : perforation (3 mm.) d'un ulcère sié-

geant sur la face antérieure de l'anse jéjunale efférente à bords souples, sans réaction et voisinage. *Résection du jéjunum*. Réfection de la G. E. Guérison.

Obs. LXVII (PORZELT).

Perforation d'ulcère duodénal. Suture et G. E. Par la suite, perforation d'ulcère peptique du jéjunum.

Obs. LXVIII (ROMANIS).

Homme. *Perforation d'ulcère pylorique*. Six perforations successives en péritoine libre d'ulcère peptique.

Obs. LXIX (WOODSIDE).

Homme, 16 ans. G. E. postérieure pour ulcère duodénal à l'âge de 12 ans. *Perforation d'ulcère peptique jéjunal* quatre ans plus tard. Suture. Guérison. *Deuxième perforation* deux ans après. *Intervention* : perforation du même ulcère jéjunal. Suture. Guérison.

Obs. LXX (MAYLARD).

Femme, 51 ans. *Ulcère perforé* du pylore. Suture de l'ulcère et G. E. antérieure. *Huit mois après, signes de perforation*. *Opération* : perforation de l'anse efférente du jéjunum à 4 cm. de l'anastomose. Suture sans drainage. *Deux ans après, nouveaux symptômes de perforation*. *Opération* : perforation de 3 mm. de l'anse efférente à 25 mm. de l'ancienne perforation. Suture. Lambeau d'épiploon. Guérison.

Obs. LXXI (BATTLE et MOYNIHAN).

Femme de 30 ans. Le 25 mars 1903 : *ulcère perforé du pylore*. Suture simple. Avril 1904 : sténose du pylore. Gastro-entérostomie antérieure. Mai 1905 : *perforation en péritoine libre d'U. P.* jéjunal sur l'anse afférente à 4 cm. de la bouche de G. E. A. Suture. Mars

1906 : *perforation en péritoine libre* d'U. P. gastro-jéjunal. Suture. Juin 1917 (Moynihan) : *large perforation jéjunale* à 2 cm. 1 au-dessous de la gastro-entérostomie. Suture épiplooplastie. Avril 1924 : signes d'occlusion intestinale haute. *Intervention* : sténose de l'anse efférente de la gastro-entérostomie antérieure au voisinage de l'ancien ulcère. Entéro-anastomose. Guérison.

Obs. LXXII (RIESS).

Homme, 27 ans. G. E. antérieure et résection d'un ulcère du pylore le 3 juillet 1922. *Perforation d'ulcère peptique* le 27 septembre, 75 jours après. *Intervention* : un ulcère perforé sur l'anse efférente est réséqué. Suture. Guérison. *Deuxième perforation* le 27 mars 1923, c'est-à-dire au bout de six mois. *Perforation* cette fois sur l'anse afférente : large résection de l'anastomose et nouvelle G. E. antérieure. *Troisième perforation* le 28 mars 1925, deux ans après, dans la paroi abdominale antérieure : résection de l'anastomose et de l'estomac, suture termino-terminale des deux bouts du jéjunum et établissement en amont d'une gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

Obs. LXXIII (ROBINSON).

Homme, 25 ans. Gastro-pyloréctomie Billroth II pour ulcère du duodénum en janvier 1927. *Perforation d'ulcère peptique* au bout de neuf mois. *Intervention* à la neuvième heure : perforation jéjunale, près de l'anastomose, de 1 cm. de diamètre environ. Suture, épiplooplastie ; guérison maintenue pendant cinq mois. A ce moment, le 25 janvier 1928, nouveau syndrome de *perforation* : intervention à la neuvième heure : perforation sur l'anse efférente. Suture. Epiplooplastie. Guérison.

Obs. LXXIV (NIXON et LOWRY).

Homme. Ulcère de la grande courbure. 31 juillet 1921 : G. E. P. Octobre 1922 : *perforation d'un ulcère gastro-jéjunal*. Mars 1926 : *perforation jéjunale*. Août 1927 : *perforation d'un ulcère gastro-jéjunal*. Décembre 1925 : une cinquième intervention découvre de multiples ulcères dont deux près de se perforer dans le côlon.

Obs. LXXV (DAVENPORT).

Homme. *Perforation d'un ulcère duodénal*. Suture et G. E. P. Par la suite le malade fit *deux perforations successives* d'ulcère jéjunal. On supprime alors la gastro-entérostomie. Mais *deux nouvelles perforations* gastro-duodénales survinrent.

Obs. LXXVI (HENRY).

Homme. *Perforation d'ulcère gastrique*. Suture et G. E. Par la suite, survinrent *quatre perforations* : les deux premières d'ulcère jéjunal, la suivante d'un ulcère dont le siège n'est pas spécifié, la dernière d'un ulcère gastro-jéjunal.

Obs. LXXVII (BRANDTNER et TONNIS).

Homme. *Perforation d'ulcère duodénal*. Suture et G. E. A. Par la suite survient une *perforation* d'un ulcère jéjunal et on fit une gastrectomie large. Mais de nouveau, quatre mois plus tard, *perforation d'un ulcus* jéjunal. Suture simple.

Obs. LXXVIII (BRUTT).

Homme. *Perforation d'ulcère gastro-duodénal*. Suture et G. E. Une année après : résection étendue de l'estomac, type Billroth II pour ulcère jéjunal non perforé. L'année suivante : *perforation* d'un large ulcère

calleux jéjunal. *Autopsie* : présence de deux autres ulcères jéjunaux.

Obs. LXXIX (FLORCKEN et STEDEN).

Homme. Ulcère du pylore. Résection pylorique et G. E. P. Par la suite apparition de signes d'ulcère peptique gastro-jéjunal. On fit une gastrectomie étendue. Néanmoins, survint plus tard une *perforation en péritoine libre* d'un nouvel ulcère jéjunal.

Obs. LXXX (STEDEN).

Homme. *Perforation d'ulcère pylorique*. Suture. Décembre 1922 : résection et G. E. P. En 1926 : fistule gastro-jéjuno-colique. Par la suite, *perforation en péritoine libre* d'un ulcère jéjunal.

Obs. LXXXI (SINGER et K. A. MEYER).

Homme de 38 ans. 1915 : G. E., *jéjuno-jéjunostomie pour ulcère*. Bonne santé maintenue douze ans, puis les symptômes d'ulcus reprennent. Juin 1927 : *résection gastrique type Polya* ; jéjuno-jéjunostomie conservée. Santé parfaite six à huit mois.

Puis *reprise de crise douloureuse* avec parfois vomissement. La douleur siège au-dessous et un peu à gauche de l'ombilic et irradie vers le dos. Elle ne cède pas aux alcalins, mais seulement à la morphine. Il fait bientôt une abondante hémorragie gastro-intestinale qui l'amène à l'hôpital. L'hémorragie et l'anémie traitées, on fit quelques semaines après un examen radiographique qui montra une niche ulcéreuse sur la bouche. Le malade rentre chez lui en septembre 1928.

Le 9 novembre 1928, il revient pour la quatrième fois à l'hôpital, tant pour des symptômes d'anémie que pour les crises douloureuses juxta-ombilicales. Le 11 novembre 1928, deux jours après son entrée, il est

soudain pris d'une douleur en coup de couteau au voisinage de l'ombilic... C'est une douleur intense, si intense qu'il n'en avait éprouvé aucune d'approchante dans ses crises d'ulcus. Il est cloué immobile : le changement de position, la respiration aggravent cette douleur. L'interne appelé crut à une crise douloureuse, semblable à celles éprouvées déjà par le malade lors de ses précédents séjours dans le même hôpital. Il fit un lavage d'estomac qui eut pour résultat d'accroître encore les douleurs. Il prescrivit alors de la morphine qui procura un calme partiel. Six heures après, un médecin examine le malade : la violente douleur du début a disparu et le malade se trouve relativement bien. La paroi abdominale avait une résistance très modérée, en tous cas pas de ventre de bois. Il suspecta une perforation mais hésita à porter le diagnostic à cause de la rapide amélioration de la douleur initiale et de l'absence de signes classiques. Chaque heure le patient se trouvait d'ailleurs beaucoup mieux et les signes de péritonite moins nets. Singer appelé à examiner le malade pour la première fois, cinq jours seulement après la douleur initiale et à cause d'une température à $38^{\circ}5-39^{\circ}$, découvre à la palpation abdominale l'existence d'une masse limitée et douloureuse au-dessous et à gauche de l'ombilic. En raison de l'histoire initiale typique de perforation d'ulcus, Singer pense à l'existence d'une perforation couverte et au développement d'un abcès intra-abdominal. *La radioscopie confirme le diagnostic en montrant une image typique de pneumopéritoine spontané. Opération le 27 novembre : 12 jours après la douleur initiale. La tumeur s'était accrue et mieux circonscrite. Incision de l'abcès. Drainage. Guérison.*

Obs. LXXXII (SINGER et K. A. MEYER).

Homme, 49 ans. 1924 : ulcère traité par résection et G. E. P. Santé parfaite pendant 4 ans. Puis reprise de crises douloureuses périodiques. *Septembre* 1931 : Un examen radiographique après repas baryté montre : un estomac dilaté avec hyperpéristaltisme, un duodénum dilaté vraisemblablement obstrué, un rétrécissement de la bouche de la G. E. probablement par ulcère gastro-jéjunal. Le malade est envoyé alors à SINGER et ROSSI. A l'interrogatoire : SINGER apprend que ce malade a éprouvé, une quinzaine de jours auparavant, une douleur violente, brutale, dans l'abdomen. Cette douleur s'est peu à peu atténuée, est maintenant sourde, localisée au quadrant supérieur gauche de l'abdomen. La palpation découvre une tumeur dépressible grosse comme une orange juste au-dessous et à gauche de l'ombilic. Temp. 39°. Numération globulaire : 22.400 globules blancs. On porte le diagnostic de perforation d'ulcère peptique suivie de formation d'abcès comprimant vraisemblablement la bouche et déterminant une obstruction intestinale haute. Pendant 7 jours, le malade est mis en observation à la diète hydrique et au sérum sous-cutané. *L'opération*, le 19 septembre, découvre un abcès situé dans l'angle formé par les deux anses jéjunales de la G. E. et comprimant les deux anses. Cet abcès, cause vraisemblable de l'obstruction duodénale, est drainé, sans plus.

Le malade fut guéri ; mais l'examen radioscopique pratiqué quelque temps après montra un fonctionnement insuffisant de la bouche de G. E.

Obs. LXXXIII (SINGER et K. A. MEYER).

Homme, 50 ans, entre à l'hôpital le 23 décembre 1929 pour « occlusion intestinale ». 1921 : perforation d'ulcère. Suture. 1923 : G. E. P. 1926 : grosse hémor-

ragie gastro-intestinale. Depuis 5 mois le malade présente 12 à 15 selles diarrhéiques par jour avec de vagues douleurs abdominales. Le 23 décembre 1929, à 10 h. 30 : douleur en coup de fusil au milieu de l'abdomen et qui ploie le malade en deux. Cette douleur s'accroît et s'étend en une demi-heure à tout le côté gauche de l'abdomen. Pas de nausées, pas de selles. A la salle d'admission à l'hôpital, le soir de ce même jour, aucune attention ne fut portée aux symptômes de fistule gastro-jéjuno-colique existant depuis 5 mois, ni à la douleur traduisant une perforation le matin même. L'examen découvrait une légère douleur, une légère défense du côté gauche de l'abdomen. On pensa à une occlusion intestinale incomplète. Un lavement baryté pratiqué le lendemain 24 décembre sembla montrer une obstruction du sigmoïde par une bride!... Cependant, le malade allait beaucoup mieux : douleur et défense étaient disparues complètement. Devant ce mieux, l'opération ne fut pas envisagée. Mais le lendemain 25 décembre, après un bon déjeuner de Noël, le malade éprouva de nouveau une douleur en coup de poignard dans le ventre, semblable à celle de l'avant-veille. Au bout de quelques heures cette douleur s'atténua, mais les deux jours suivant des signes de péritonite généralisée apparaissent.

Le 28 décembre, 6 jours après le début, SINGER appelé à voir le malade reconstitue après un interrogatoire et un examen attentifs l'histoire de la maladie ainsi : les selles diarrhéiques durant depuis 5 mois étaient dues à une fistule gastro-jéjuno-colique. La douleur brutale du 23 décembre à une perforation en péritoine libre d'un ulcère peptique, la disparition des symptômes pendant deux jours à la fermeture spontanée de la perforation, leur réapparition à la réouverture...

L'intervention faite aussitôt découvre : un péritoine couvert de fausses membranes, un dépôt fibrineux très épais dans la région de la bouche gastro-jéjunale, une perforation grosse comme une tête d'épingle au milieu de la fibrine sur la paroi antérieure du jéjunum à 4 cm. de distance de la bouche. *Suture de la perforation*: le côlon étant très adhérent à la grande courbure et au niveau de la bouche. La G. E. P. fut supprimée pour traiter la fistule gastro-jéjuno-colique et comme un obstacle siégeait sur le duodénum au niveau de l'ancien ulcère, une nouvelle G. E. fut faite. Le lendemain, péritonite généralisée grave; le 30 décembre: mort.

ULCERES PRECOCES

Obs. LXXXIV (BEGOUIN).

Femme de 47 ans. Ulcère calleux de la petite courbure avec bilocution gastrique. G. E. sur la poche supérieure et jéjuno-jéjunostomie complémentaire. *Cinq jours après l'intervention*: après avoir ressenti une violente douleur dans le ventre, la malade présente des signes de péritonite généralisée et meurt quelques heures après. *L'autopsie* révèle une péritonite généralisée et une perforation de 2 mm. sur la face ant. du jéjunum à égale distance des deux anses, sans trace apparente de traumatisme.

Obs. LXXXV (CACOVIC).

Homme, 30 ans. G. E. postérieure. Mort cinq jours après l'opération. *Autopsie* : deux ulcères perforés de l'anse efférente du jéjunum, un vis-à-vis de l'anastomose, l'autre 15 cm. au-dessous.

Obs. LXXXVI (KEY et LENNANDER).

Femme, 25 ans. Résection du pylore pour cancer

(vérification histologique). G. E. rétro-colique antérieure. Mort dix jours après. *Autopsie* : sur l'anse afférente du jéjunum, à 20 et à 37 mm. de l'anastomose. deux ulcères perforés de 3 à 4 mm. de diamètre.

Obs. LXXXVII (MIKULICZ).

Fille, 2 mois. Tumeur du pylore. G. E. antérieure avec entéro-anastomose. Deux mois et cinq jours après, sang dans les selles et vomissements. Meurt quinze jours plus tard. *Autopsie* : gaz dans l'abdomen : deux ulcérations de l'anse afférente du jéjunum dont la plus volumineuse porte une perforation de la dimension d'un pois.

Obs. LXXXVIII (STOLZ).

Ulcère pylorique. G. E. en Y. Cinq jours après : mort avec syndrome de perforation. *Autopsie* : quatre ulcères sur l'anse descendante de l'anastomose dont un perforé en péritoine libre.

Obs. LXXXIX (PETREN, EUREN).

Homme, 18 ans. G. E. postérieure pour ulcère du jéjunum. Mort cinq jours après. *Autopsie* : perforation (petit pois) de l'anse afférente. Un autre ulcère vis-à-vis du précédent. Muqueuse hyperémiee, avec suffusions hémorragiques.

Obs. XC (STEINTHAL).

Homme, 44 ans. G. E. postérieure au bouton pour sténose du pylore. Mort dix jours après. *Autopsie* : à quelques centimètres de l'orifice de gastro-entérostomie, perforation de deux ulcères sur l'anse afférente et sur l'anse efférente (soit en tout 4 ulcères). Suffusions sanguines. Mésentère replié par suite de la position particulière de l'anse.

Obs. XCI (HAMAN).

Homme, 48 ans. G. E. antérieure avec entéro-anastomose, toutes deux au bouton. Vingt-deux jours après, douleurs et contracture de la paroi. Mort vingt-six jours après l'opération. *Autopsie* : anastomose gastro-intestinale cicatrisée. Ulcère perforé sur la paroi inférieure de l'anse efférente du jéjunum, immédiatement au-dessous de la G. E. Dimension de la perforation: 25 mm. env. Le bouton de Murphy est au contact de la perforation, c'est lui qui est la cause de l'ulcère.

Anatomie pathologique

DANS L'ULCUS GASTRO-JÉJUNAL : Ulcère siégeant sur les lèvres de la bouche sur l'un ou l'autre versant ou les deux à la fois, la perforation a la forme d'une perte de substance lenticulaire (Obs. I). Les bords

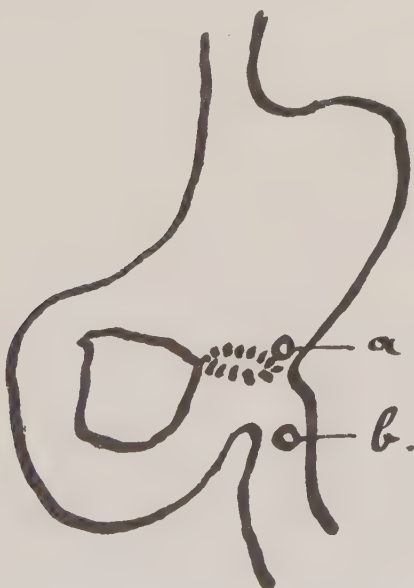


FIG. 2.

- a) Ulcère gastro-jéjunal.
- b) Ulcère jéjunal proprement dit.

sont épais, indurés, blanchâtres, friables. Des adhérences se sont formées autour de la perforation : le côlon est venu se coller contre l'anastomose, le grand épiploon, le mésocôlon transverse sont unis par des brides, sont adhérents au pourtour de l'ulcère. En somme, petit ulcère, masse énorme de réaction inflammatoire éveillant l'idée d'un ulcus invétéré, d'un ulcus calleux. On le compare volontiers aux ulcères perforés de la petite courbure à bords épais et infiltrés, ce qui expliquerait que ces ulcères ont plus tendance à se perforer en péritoine localisé ou dans le côlon, qu'en péritoine libre, et explique les difficultés opératoires.

DANS L'ULCUS JÉJUNAL PROPREMENT DIT, siégeant sur l'anse efférente jéjunale à quelque distance de la bouche (1 à 2-3 cm.), séparé d'elle par un pont de muqueuse saine, la perforation a un orifice large atteignant 15-20-25 mm. de diamètre, et tandis que la perforation de l'ulcus gastro-jéjunal s'accompagne toujours d'une énorme réaction de voisinage, celle-ci se fait pour ainsi dire en tissu sain.

Les bords de la perte de substance sont réguliers, arrondis, comme taillés à l'emporte-pièce.

Les tuniques intestinales sont souples tout autour, semblent indemnes. Peu ou pas d'adhérences. Ceci explique que ces ulcus se perforent plus fréquemment en péritoine libre que les précédents.

Comme l'avait fait remarquer Leveuf, l'anse efférente sur laquelle siège l'ulcus perforé est souvent

très dilatée. Mais surtout ce qui nous a frappé c'est la constance avec laquelle l'ulcère perforé siège sur la paroi antérieure du jéjunum (Obs. XVI, XVII, XX, XXIX, LIV, LV, LXII, LXV, LXVI. De la sorte à l'intervention : il suffit de relever le mésocôlon transverse et l'on a aussitôt sous les yeux l'ulcère jéjunal perforé.

Cette opposition anatomique admise dans deux sortes d'ulcus est schématique, si elle répond à la majorité des cas, elle ne répond pas à tous. Certains ulcus jéjunaux ont les caractères anatomiques attribués aux gastro-jéjunaux : ulcère calleux, côlon transverse collé à l'anastomose, adhérences autour de la bouche (Obs. XVI, XXVI, LXV). Très souvent d'ailleurs, on voit le même malade faire successivement à quelques mois d'intervalle des perforations gastro-jéjunales et des perforations jéjunales (Obs. LXXI-LXXIV, LXXVI). On peut constater la coexistence d'un ulcère jéjunal perforé avec une vieille fistule gastro-jéjuno-colique ou un vieil ulcus calleux gastro-jéjunal (Obs. LIX, LX, LXI).

Dans ces 2 cas : on trouve dans la cavité abdominale : liquide de perforation gastrique banale ; liquide abondant, gris, sale, fluide, inodore, verdâtre, mélangé souvent à des aliments et des boissons ingérés par le malade quelques heures auparavant.

Nous n'avons pas examiné au point de vue bactériologique le liquide abdominal de nos opérés. Il est classique d'admettre que ce liquide est amicrobien dans les 8 à 12 premières heures par action des suc

gastriques, que ce n'est que plus tard que les germes se développent. Aussi faut-il opérer dans les premières heures ; tous nos malades ont été opérés ainsi ; tous ont guéri.

AU POINT DE VUE HISTOLOGIQUE : Ces ulcères peptiques de la bouche de G. E. ressemblent aux ulcères spontanés de l'estomac. « Les lésions histo-pathologiques ne diffèrent pas sensiblement de celles d'un ulcus stomacal chronique et qu'on a qualifiées de gastrite interstitielle. Un seul point nous a frappé particulièrement : c'est le développement considérable du plexus d'Auerbach que nous n'avons pas trouvé sur les nombreuses coupes d'ulcère normal que nous connaissons » (Policard).

En somme, qu'on considère l'anatomie macroscopique ou l'anatomie microscopique de ces ulcères peptiques perforés, on demeure toujours frappé par leur ressemblance avec les ulcères banaux gastro-duodénaux perforés. L'étude de leur pathogénie nous apprendra d'ailleurs que ce sont les mêmes ulcères, ne différant que par leur siège.

Comme les ulcères gastro-duodénaux spontanés, les U. P. jéjunaux et gastro-jéjunaux sont en général uniques ; mais exceptionnellement comme eux encore ils peuvent être multiples. Il en est ainsi dans les observations LIX, LX, LXI, LXIV, LXXIV, LXXVIII, LXXX, LXXXIII.

Il s'agit là de perforations d'un ulcère jéjunal chez un sujet porteur de fistule gastro-jéjuno-colique, ou

de vieil ulcère calleux gastro-jéjunal ou d'un autre ulcère jéjunal en évolution.

La perforation simultanée des 2 ulcères peptiques n'est notée que dans une observation de Charbonnel et Leuret (LIX).

Mais dans toutes ces observations, il s'agit bien d'ulcère peptique, on y retrouve tous les caractères de l'U. P.

LES PSEUDO-ULCÈRES PEPTIQUES PERFORÉS : Par contre il n'en est pas de même de ces perforations multiples de soi-disant U. P. multiples survenant précocement dans les quelques jours qui suivent une gastro-entérostomie (Obs. LXXXIV à XCI). En effet dans ces observations d'ulcus multiples perforés nous ne retrouvons pas les caractères anatomiques de l'ulcus peptique, pas plus d'ailleurs que les caractères étiologiques ou cliniques. On les trouve indifféremment sur la branche afférente et sur la branche efférente de l'anse jéjunale, sur la bouche de G. E.

Ces ulcus perforés ne sont pas taillés à l'emporte-pièce.

Le microscope décèle dans les tuniques intestinales des suffusions hémorragiques (Obs. LXXXIX, XC). De plus sur les 8 cas publiés 4 seulement se rapportent à des gastro-entérostomies pour ulcus ; les autres à des G. E. pour cancer et même un cas à une G. E. pour sténose hypertrophique du nourrisson. Enfin ce sont là des perforations précoces survenant de 2 jours à 3 semaines après l'intervention et non

après un intervalle libre comme l'ulcus peptique ordinaire.

Sur 8 observations, la mort survient 4 fois le cinquième jour après la gastro-entérostomie (Obs. LXXXIV, LXXXV, LXXXVIII, LXXXIX), 2 fois le dixième jour (Obs. LXXXVI, XC) au milieu des signes d'une péritonite généralisée. L'autopsie révèle de multiples ulcérations dont l'une ou plusieurs ont creusé complètement la paroi intestinale.

On se demande si dans ces cas l'infection opératoire n'est pas en cause ou encore des traumatismes par pinces, clamps, boutons. Dans l'observation de Haman (XCI) l'ulcération est nettement attribuée au bouton.

Aussi nous ne considérons pas ces ulcus multiples perforés comme des ulcus peptiques mais comme des complications opératoires de la G. E. et nous ne les ferons pas entrer dans le cadre de notre étude.

Etiologie

La fréquence des perforations en péritonite libre par rapport aux ulcères peptiques

Des milliers de ces cas d'ulcus peptiques sont connus. Mais en raison du nombre considérable des G. E. l'ulcus peptique reste tout de même une complication rare (de 0,5 % à 4 % des G. E.). Ces ulcus peptiques eux-mêmes se perforent plus volontiers dans un viscère voisin (le côlon) ou en péritoine localisé qu'en péritoine libre. Nous ne connaissons que 83 cas publiés, nos 3 observations comprises. Cette complication de l'ulcus peptique paraît donc au premier abord exceptionnelle.

Mais si nous n'avons réuni que 83 observations indubitables de perforation d'ulcus peptique de la bouche de G. E., il est 11 de ces 83 malades qui ont présenté successivement plusieurs perforations gastro-jéjunales et jéjunales, 2, 3 et jusqu'à 6 perforations, au total nous avons 104 perforations pour 83 malades.

C'est un chiffre tout de même important. De plus, certainement beaucoup de cas n'ont pas été publiés, plusieurs cas publiés nous ont échappé. Aussi nous concluons que si la perforation en péritoine libre des

ulcères peptiques n'est pas aussi rare qu'on l'écrit couramment et que tout chirurgien pourra un jour ou l'autre en rencontrer une.

LA LÉSION PRIMITIVE : L'U. P. perforé comme tout U. P. est une complication des G. E. pour ulcus gastro-duodénal, et plus particulièrement pour ulcus juxta-pylorique ou duodénal. Les statistiques sont toutes d'accord : l'U. P. perforé succède dans les 82 % des cas à un U. juxta-pylorique ou duodénal. Nos 3 observations inédites se rapportent à des ulcus voisins du pylore.

Mais un fait qui n'a pas frappé ceux qui ont étudié antérieurement la question, a surtout retenu notre attention.

Certes la perforation en péritoine libre d'U. P. complique presque exclusivement un ulcère pylorique ou duodénal.

Mais de plus très souvent il s'agit d'un ulcère pylorique ou duodénal perforé lui-même en péritoine libre.

Cet ulcère spontané a été traité par suture et G. E. complémentaire.

Quelques mois plus tard survient un nouveau syndrome de perforation, mais d'ulcus peptique jéjunal ou gastro-jéjunal cette fois-ci.

Nous retrouvons cet antécédent d'ulcus pyloro-duodénal perforé dans 20 sur nos 83 observations (Obs. VII, XI, XII, XIII, XXXIII, LXII, LXIII, LXIV, LXV, LXXVI, LXVII, LXVIII, LXX, LXXI, LXXV, LXXVI, LXXVII, LXXVIII, LXXX, LXXXIII).

En somme presque une fois sur quatre le malade a été traité la première fois pour perforation d'ulcus gastro-duodénal spontané.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE EMPLOYÉ : On peut voir un U. P. perforé quel que soit le procédé opératoire employé pour traiter l'ulcère spontané : après G. E. A., G. E. P., G. E. en Y. Après excision ou brûlage de l'ulcère adjoint à la G. E. Après résection pour exclusion à la Finsterer. Après pyloro-gastrectomie. Mais il est des procédés qui en sont suivis fréquemment : la G. E. en Y ; la gastro avec exclusion du pylore par section ou ligature ; la G. E. A., et il est des procédés qui n'en sont suivis que dans des cas exceptionnels, la gastropyloréctomie surtout.

LE SEXE : L'homme est beaucoup plus souvent atteint que la femme d'U. P. perforé. Presque toutes les observations concernent les hommes, mais c'est certainement parce que l'homme est plus souvent atteint d'ulcère gastrique, qu'il subit davantage de G. E. et probablement parce qu'une fois guéri, il fait peu de cas des conseils médicaux et reprend ses habitudes de tabac et d'alcool.

L'ÂGE DES MALADES : Il est celui des ulcéreux, en général, de 25 à 60 ans. Nos malades étaient âgés de : 28, 51, 58 ans.

LE PAYS : Certains pays sont plus éprouvés : l'Allemagne, pays de la bière (17 cas d'U. P. perforés),

l'Angleterre, la Russie. Des observations antérieurement publiées, 12 seulement sont françaises, dont 3 à Bordeaux. Dans le pays nantais, où l'alcoolisme est fréquent, les ulcus gastriques spontanés perforés en péritoine libre représentent dans les cliniques et à l'hôpital des cas extrêmement fréquents. Aussi il n'est pas étonnant que nous ayons pu réunir ici 3 observations d'U. P. perforés.

LA DATE D'APPARITION : La perforation de l'U. P. survient en général de 6 mois à 4 ans après la gastro, mais elle peut survenir plus tôt (à partir du deuxième ou troisième mois) ou beaucoup plus tard (jusqu'à vingt ans après).

CAUSES OCCASIONNELLES DE LA PERFORATION : La perforation d'un U. P. comme celui d'un ulcère gastrique spontané peut se produire à l'occasion de traumatisme qui semble déclencher la perforation, tantôt au moment même du traumatisme abdominal (coup, heurt quelconques), tantôt après un intervalle libre. Notre dix-septième observation illustre bien ce sujet : le malade établissait une relation de cause à effet entre le coup de barre de fer reçu dans le ventre le matin et la perforation survenue l'après-midi. Parfois on pourrait être gêné pour porter le diagnostic et c'est le diagnostic de contusion abdominale qu'on porterait. Une cause occasionnelle est notée dans les observations IV, LII.

La perforation de l'U. P. peut se produire à l'occasion de traumatisme minime : la réplétion gas-

trique par le repas baryté par exemple, ou par le liquide d'un lavage d'estomac (Obs. IV) ; c'est ainsi que pour les ulcus gastro-duodénaux, on a récemment publié de nombreux exemples de perforation survenant au moment même ou quelques heures après un examen de l'estomac à la radioscopie avec ingestion de bouillie barytée.

Mais dans la règle, il est impossible de trouver une cause occasionnelle quelconque. Nos malades des observations I et XVI ont été surpris en pleine santé apparente sans motif favorisant aucun et il en est de même dans presque toutes les observations.

Tableau clinique de la perforation typique en péritoine libre des ulcus peptiques

Les antécédents des ulcus peptiques

Un médecin est appelé d'urgence pour examiner un malade gastro-entérostomisé pour ulcus quelques années auparavant et présentant un syndrome abdominal aigu. On peut penser à bien des choses ; mais ce syndrome a des chances d'être une perforation d'ulcus peptique, si l'interrogatoire du malade apprend qu'il y a des antécédents plus ou moins nets d'ulcus peptique.

PARFOIS LE MÉDECIN SE TROUVE EN PRÉSENCE D'UNE PERFORATION D'UN ULCUS PEPTIQUE QUI S'ÉTAIT SIGNALÉ PAR SES TROUBLES CLASSIQUES : Après un intervalle libre variant de quelques mois à plusieurs années où le gastro-entérostomisé pour ulcère s'était très bien porté, il a été repris de crises douloureuses durant une à trois semaines, puis disparaissant sans cause et réapparaissant après une accalmie complète plus ou moins longue. Pendant les crises, la douleur, de siège assez imprécis, survenait chaque jour vers la fin de l'après-midi ou vers la seconde moitié de la nuit, par-

fois beaucoup plus tôt, dès une demi-heure après les repas (Obs. LV, Singer). C'était une douleur épouvantable, la principale caractéristique clinique des douleurs de l'ulcus peptique c'est leur acuité, que rien ne calme, ni les aliments, ni les alcalins. Si l'on voulait faire une échelle des douleurs, dit Gosset dans son rapport au Congrès de Chirurgie en 1931, on placerait en bas les adhérences localisées, au-dessus les gastro-jéjunites, au-dessus la récurrence d'ulcère et beaucoup au-dessus à une grande distance l'ulcère peptique. Les malades décrivent tous la même chose, douleur à crier, à se torturer, à se plier en deux (Obs. LI, Kummer ; LXVI, Jeanneney ; IV, Key et Pater-son ; IX, Delafoy).

Dans certains cas, l'interrogatoire apprend que le malade gastro-entérostomisé pour ulcère a eu après un intervalle libre des hématomèses, du méléna (Obs. LXVI, Jeanneney ; XVI, Guías ; LXXXIII, Singer et Meyer).

Parfois même le malade a présenté des crises douloureuses périodiques et des hémorragies (Obs. de Jeanneney ; Obs. LV et LXXXI, Singer et Meyer).

Dans certaines observations, le malade a présenté à la fois crises douloureuses, vomissements alimentaires, hémorragies gastro-intestinales (Obs. LXXXI de Singer). Il est même des cas, très rares il est vrai, où l'interrogatoire pourra découvrir chez le malade atteint de syndrome de perforation des antécédents de fistule gastro-jéuno-colique : vagues douleurs et coliques abdominales suivant les repas, très nom-

breuses selles diarrhéiques par jour, éructations férides fréquentes. Il s'agit dans ces cas d'ulcères peptiques multiples dont l'un s'est perforé depuis quelque temps déjà dans le côlon transverse et dont l'autre se perfore soudain en péritoine libre. Des exemples typiques nous sont fournis par l'observation LX de Lion et Moreau et mieux encore par l'observation LXXXIII de Singer et Meyer.

Pratiquement aujourd'hui, au dire de Delore et Creyssel, le médecin ne se trouverait jamais en présence d'une perforation d'ulcus à antécédents aigus, les malades étant désormais dans ces cas opérés avant la perforation. Or, nous trouvons dans une dizaine d'observations, c'est-à-dire en moyenne une fois sur huit (Obs. IV, V, IX, XVI, LI, LV, LX, LXVI, LXXXI, LXXXII, LXXXIII), des antécédents indubitables d'ulcus peptiques avec crises douloureuses violentes, vomissements alimentaires, hémorragies, symptômes de fistule gastro-jéjuno-colique, ces signes étant isolés ou existant tous à la fois.

De plus beaucoup de ces observations sont récentes (XVI, LI, LXVI, LV, LXXXI, LXXXII, LXXXIII). L'on nous permettra donc de conclure qu'aujourd'hui, bien que le tableau clinique de l'ulcus peptique soit bien connu, il arrivera encore assez souvent de voir des malades atteints de perforation après avoir présenté des signes typiques d'ulcus en évolution.

Suivant une notion généralement admise (Leveuf, Bertrand) ces antécédents se retrouveraient dans les perforations gastro-jéjunales surtout. Notre relevé

des observations confirme cette notion. Quelques exceptions toutefois existent (Obs. XVI, LXVI), où des perforations jéjunales pures ont été précédées de symptômes traduisant de façon évidente l'évolution de l'ulcère.

PLUS FRÉQUEMMENT LE MÉDECIN SE TROUVE EN PRÉSENCE D'UNE PERFORATION D'UN ULCUS PEPTIQUE QUI N'AVAIT TRADUIT SON EXISTENCE QUE PAR DES TROUBLES LÉGERS : On apprend que le malade, après un intervalle libre plus ou moins long, a présenté quelques troubles à type dyspeptique : une tension de l'épigastre plutôt qu'une vraie douleur, quelques renvois acides, parfois des vomissements.

Ces troubles légers souvent n'ont pas inquiété les malades. S'ils l'ont inquiété et l'ont conduit chez le médecin, ils ont été parfois l'objet d'une interprétation erronée. Le médecin a dit volontiers : troubles fonctionnels de la gastro-entérostomie, soit stagnation du duodéal chez un malade dont le pylore est resté perméable, soit inadaptation de l'intestin au nouveau fonctionnement gastrique ; rétractation partielle de la bouche ; adhérences post-opératoires ; inflammation muqueuse : gastrites, duodénites, jéjunites. « On a trop tendance, dit Delore, à porter chez les gastro-entérostomisés le diagnostic de troubles dyspeptiques, d'adhérences, de gastrites. Il faut penser à l'ulcus peptique devant tous les troubles qui surviennent après une phase d'amélioration, dans les mois ou les années consécutives à la gastro-entérostomie ».

Des antécédents frustes d'ulcus peptique se découvrent dans certaines observations (Obs. I, XV, XVII, XVIII, XXIII, XXVII, LIX, LXI). Dans la plupart, le retour de quelques troubles : vagues douleurs, digestions pénibles, renvois acides ou vomissements de temps en temps n'ont pas inquiété le malade. Dans notre observation I le malade consulta son médecin qui lui administra du bismuth.

En somme si l'interrogatoire apprend que le malade atteint de syndrome de perforation a présenté, après un intervalle libre de quelques mois, des troubles dyspeptiques, le médecin devra penser à la perforation d'un ulcère peptique. Parfois d'ailleurs, ce sera au cours d'une de ces périodes où le malade présente des signes nets ou frustes de l'évolution d'un ulcère que survient la perforation (Obs. LV).

MAIS LE PLUS SOUVENT, L'INTERROGATOIRE NE DÉCOUVRE AUCUN ANTÉCÉDENT D'ULCUS PEPTIQUE. — Celui-ci, comme c'est fréquent pour l'ulcus gastro-duodéal spontané, a évolué à bas bruit, a creusé peu à peu les tuniques du tube digestif et soudain les a perforées sans que rien ne l'ait signalé, pas même le moindre trouble dyspeptique. La perforation est le premier signe de l'ulcus peptique.

La soudaineté de la perforation, en pleine santé apparente, est signalée dans la plupart des observations (75 % des cas). C'est le fait surtout, mais pas exclusivement, des ulcères jéjunaux qui semblent creuser vite l'intestin, demeuré sain autour de l'ulcus.

La fréquence extrême de ces ulcères « nés perforés » nous permet d'infirmier ce qu'ont écrit Delore et Creyssel sur la question. Pour ces auteurs, la perforation d'U. P. ne devrait plus se voir ; l'U. P. devant être reconnu et opéré avant la perforation. Or, dans 75 % de ces perforations, l'ulcère naît perforé. Comment l'aurait-on diagnostiqué auparavant ?

La douleur brutale

Qu'il y ait des antécédents d'ulcus peptique nets ou frustes, que ceux-ci aient été exagérés dans les jours précédents, réalisant alors une véritable période prodromique pré-perforative ; ou que rien, au contraire, n'ait pu attirer l'attention du malade et même de l'observateur le mieux averti, le début est dans la règle, brutal, par une douleur atroce.

Cette douleur est tellement soudaine que les malades à leur arrivée à l'hôpital donnent l'heure et la minute où ils l'ont ressentie et s'en souviennent plusieurs années après.

Cette douleur est d'une intensité extrême d'emblée : elle est si intense que parfois elle entraîne une syncope, que presque toujours elle plonge le malade dans un état de choc intense : il a le facies angoissé, la respiration rapide, il demeure immobilisé, les cuisses à demi fléchies sur l'abdomen. L'intensité de cette douleur dépasse tous les autres syndromes aigus, c'est au point que les malades réclament eux-mêmes l'intervention (Obs. I).

Le siège initial de cette douleur est variable et

souvent difficile à préciser : dans les cas typiques (ulcère de la bouche) c'est la région para-ombilicale, un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic. Rapidement d'ailleurs la douleur s'irradie à tout le ventre, mais le maximum reste dans la région ombilicale.

La contracture

L'examen de l'abdomen met en évidence ce symptôme dont la valeur est incomparable : la contracture, qui peut être plus ou moins intense, mais qui ne fait jamais défaut dans une perforation.

La contracture semble apparaître en même temps que la douleur et siéger initialement au point douloureux *maximum para-ombilical*. D'abord localisée et segmentaire, la contracture s'étend ensuite, se généralise à tout l'abdomen et classiquement on admet que cette extension subit une marche parallèle à la diffusion des liquides épanchés. Mais elle demeure maxima aux alentours de l'ombilic.

Presque toujours cette contracture est très intense :

Chez les gens maigres, comme le sont souvent les opérés d'ulcères d'estomac, la contracture s'apprécie souvent déjà à la simple inspection : « Le ventre est plat, rétracté, immobile, les droits dessinent de part et d'autre de la ligne médiane leur relief saillant, rigide et coupé de sillons correspondant aux interstices tendineux du muscle » (Lauret). C'est le classique ventre en bateau.

Chez les malades à parois faibles ou infiltrées de graisse, lorsqu'elle n'est pas visible la contracture est

facilement mise en évidence par la palpation. Dès que la main se pose sur l'abdomen on a la sensation d'une résistance. Surtout dans la région ombilicale on a l'impression « d'un disque de métal enchâssé dans la paroi » (Gosset).

Douleur atroce à début brutal, ventre de bois sont les signes cardinaux de l'ulcus peptique perforé suffisamment explicites pour imposer l'intervention d'urgence.

Les signes secondaires

Les autres signes ne sont que secondaires : l'absence de vomissements et de signes généraux ; la constatation d'une sonorité pré-hépatique et la radioscopie du pneumopéritoine spontané.

LES VOMISSEMENTS sont rares dans les perforations d'ulcères peptiques, comme dans les perforations d'ulcus en général. Aucun de nos 3 malades n'avait vomi, sauf un, qui tardivement eut un seul vomissement verdâtre (Obs. I). Le contraste entre le syndrome d'irritation péritonéale et l'absence de vomissements n'est certainement pas une des choses les moins curieuses du tableau clinique.

LA TEMPÉRATURE est normale ou peu au-dessus de la normale.

LE POULS bat aux environs de 80, plein, régulier, à son rythme habituel, sauf dans les premières heures

où il est parfois rapide et le malade dans un état de shock : angoissé, respirant vite.

LE T. R. OU LE T. V. peut montrer un Douglas douloureux.

LA PERCUSSION apporte au diagnostic un élément précieux par la constatation non pas de la matité dans les flancs, mais d'une sonorité pré-hépatique, le plus spécifique de tous les signes cliniques de la perforation en péritoine libre puisqu'il traduit l'existence d'air libre dans la cavité péritonéale. Récemment on a beaucoup insisté sur ce signe. La sonorité apparaît quelques heures après le début des accidents : dans notre première observation la matité hépatique est diminuée une heure après le début, complètement disparue six heures après. La sonorité pré-hépatique est surtout décelable le malade étant couché sur le côté gauche, ou encore en position semi-assise comme le conseille Soupault. Ce signe est très fréquent dans les perforations (Obs. I, VII, LIV, LV, LIX), mais non constant. Si sa présence coïncidant avec un ventre contracturé est donc d'une importance considérable, décèle l'existence d'une perforation, on ne peut tirer néanmoins aucun argument de son absence. Ce serait faute grave d'attendre son apparition pour porter un diagnostic et décider d'une intervention.

LA RADIO DU PNEUMOPÉRITOINE SPONTANÉ : Mais maintes fois, avant qu'il y ait une diminution appré-

ciable de la matité hépatique à la percussion, les gaz, même s'ils sont en quantité minime, sont visibles à la radioscopie et à la radiographie. La radio du pneumopéritoine spontané par perforation du tractus digestif abdominal passe de plus en plus dans la pra-

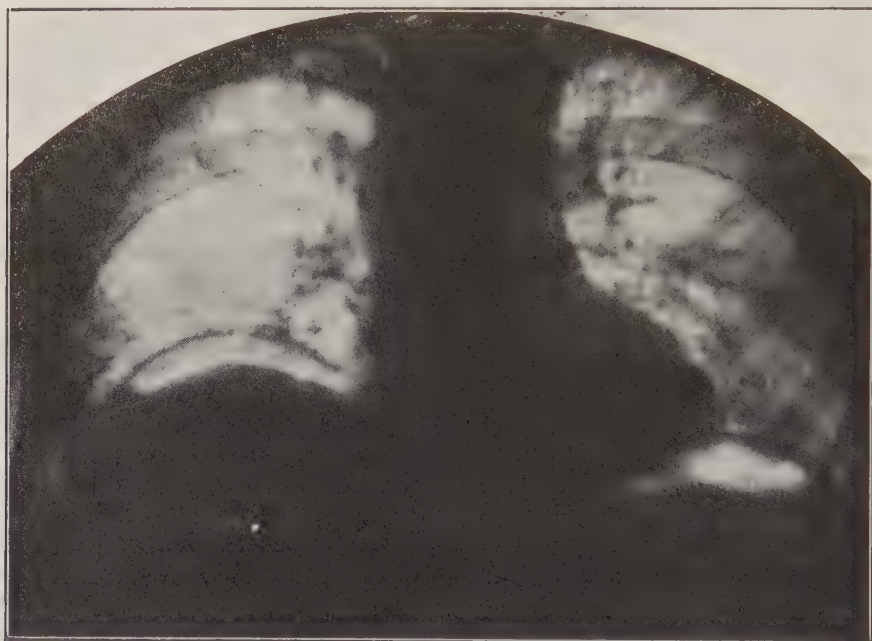


FIG. 3.

Radiographie du pneumopéritoine spontané montrant le croissant sus-hépatique pathognomonique des perforations digestives.

tique courante, n'exige aucune préparation du malade. Au contraire, il faut bien se garder de lui donner de la bouillie barytée. L'on examine ou l'on radiographie le malade, soit debout, soit couché sur le dos, soit comme le recommandent Vaughan et Singer

dans le décubitus latéral gauche. Alors que normalement le foie est en contact immédiat avec le diaphragme, en cas de pneumopéritoine : les gaz dessinent un croissant clair, une faucille entre l'ombre hépatique et le diaphragme ; ce dernier, immobile, apparaît comme un mince trait sombre entre la clarté du pneumopéritoire et celle du poumon droit.

L'importance diagnostique du pneumopéritoine radiographiquement décelé est grande. Car ce radiodiagnostic qui n'a pas plus d'inconvénients que l'examen clinique et ne fait pas perdre de temps aujourd'hui que les salles d'opérations possèdent toutes à leur voisinage des postes de radio, est à peu près toujours positif dans les cas de perforations et ce dès les premières minutes. Sans doute il n'est pas pathognomonique ; toutes les perforations du tube digestif sont capables de lui donner naissance, qu'il s'agisse outre des perforations d'ulcus peptique : de perforations traumatiques, de perforations gastroduodénales ulcéreuses spontanées, de perforations néoplasiques, typhiques, diverticulaires, voire tuberculeuses ou dysentériques. Sans doute aussi dans les cas typiques, comme dans nos 3 observations où il ne fut jamais pratiqué, le radiodiagnostic n'a que la valeur d'un signe intéressant surajouté. Mais il acquiert toute sa valeur au cas où le tableau clinique est fruste (Obs. LXXXI, Singer et Meyer).

En somme, dans les premières heures, le diagnostic d'ulcère peptique perforé est facile à poser avec les seuls signes cardinaux :

1° Les antécédents d'une gastro-entérostomie pour ulcère suivie ou non après un intervalle libre de la reprise des douleurs ;

2° la douleur soudaine et intense ;

3° la contracture.

Les autres signes peuvent aider au diagnostic, surtout : la sonorité préhépatique, l'épreuve radiologique. Dans les cas ordinaires, le diagnostic d'ulcus peptique perforé est toujours fait ou, du moins, le diagnostic de perforation digestive commandant l'intervention d'urgence. Dans un pays d'ulcus comme la région nantaise et l'Ouest en général, les médecins ont appris à déceler la perforation dès ses premières heures et à diriger leurs malades d'urgence vers le centre chirurgical le plus proche. Souvent les malades eux-mêmes réclament l'intervention qui les délivrera de leur douleur (Obs. I). Ce n'est que dans les cas, heureusement exceptionnels, soit que le diagnostic n'ait pas été posé, soit surtout que les malades arrivent trop tard au chirurgien, que l'on verra évoluer la péritonite généralisée par perforation, fatale en deux ou trois jours. Nos trois malades opérés dès les premières heures ont tous guéri.

Formes cliniques

Telle est la forme clinique la plus habituelle de la perforation en péritoine libre de l'ulcus peptique jéjunal et gastro-jéjunal avec ses quelques variantes suivant que les antécédents d'U. P.¹ sont francs, frustes ou absents.

Mais l'étude attentive des observations nous permettra d'isoler d'autres formes d'après l'étiologie, la symptomatologie, d'après l'évolution de la perforation, d'après enfin la récurrence de la perforation. Ces formes cliniques sont très intéressantes car elles comportent des sanctions thérapeutiques spéciales.

A L'ÉTIOLOGIE nous avons insisté sur ce fait que 20 malades sur 83 atteints de perforation d'U. P. avaient été antérieurement opérés de perforation d'ulcère duodénal ou pylorique, et parmi nos 83 observations il en est où il n'est pas indiqué si l'intervention primitive a eu lieu pour ulcère banal ou bien pour une complication comme la perforation. Il est probable, si toutes les observations avaient été détaillées, que nous aurions eu un pourcentage plus grand de perforations gastro-duodénales initiales. En outre, nous

n'avons pas pu retrouver toutes les observations antérieurement publiées.

Aussi, nous sommes fermement convaincu qu'une perforation gastro-duodénale antérieure existerait dans plus de 20 % des cas, proportion que nous donne notre statistique

On demeure frappé de constater que dans 17 cas sur 19, ces perforations primitives avaient été traitées par suture et gastro-entérostomie avec quelques variantes suivant les cas (Obs. VII : excision, suture et G. E. P. ; Obs. X : excision, suture, G. E. P. et jéjunostomie ; Obs. XII : enfouissement, G. E. A. et jéjuno-jéjunostomie ; Obs. XIII : suture et G. E. P. ; Obs. XXXIII : suture et G. E. P. ; Obs. LXII et LXIII : suture et G. E. A. ; Obs. LXIV : enfouissement, suture et G. E. A. ; Obs. LXVI : Balfour avec enfouissement et G. E. ; Obs. LXV : suture et G. E. P. ; Obs. LXVII : suture et G. E. ; Obs. LXX : suture et G.E.A. ; Obs. LXXVII : suture et G. E. A. ; Obs. LXXVIII : suture et G.E. ; Obs. LXXX : suture, plus tard résection de l'ulcère et G. E. P. ; Obs. LXXV : suture et G. E. P. ; Obs. LXXVI : suture et G. E. P.).

Deux fois seulement (Obs. LXXI et LXXXIII) la perforation initiale avait été traitée par la suture simple.

Une fois (Obs. LXXX) la perforation fut traitée par la suture, mais quelques mois après on pratiqua une résection de l'ulcère et une gastro. Dans une observation de Romanis l'opération primitive n'est pas précisée.

L'existence de ces faits nous amène à ces quelques conclusions :

D'abord la fréquence extrême de l'apparition d'une perforation d'U. P. chez le malade opéré antérieurement par suture et G. E. d'une perforation gastro-duodénale.

Par suite, au point de vue diagnostic, l'existence d'antécédent de perforation d'ulcus gastro-duodéal chez un malade atteint de nouveau d'un syndrome de perforation devra faire penser à une perforation en péritoine libre d'un ulcère récidivant.

Par conséquent encore, au point de vue thérapeutique, en présence d'une perforation d'ulcère gastro-duodéal spontané, il faudrait dans les premières heures faire une gastrectomie d'emblée, dans les heures suivantes se contenter d'une suture simple et se défendre systématiquement d'y adjoindre la G. E.

Certes il est des cas où le chirurgien aura la main forcée. Ce sont les cas où après avoir suturé un ulcus siégeant juste au niveau de l'orifice pylorique, le chirurgien a la conviction absolue qu'il a considérablement rétréci l'orifice et doit libérer la suture des traumatismes alimentaires.

Les auteurs allemands Spath, Fromme, Brandtner, il y a quelques années, ont insisté sur cette tendance de certains sujets atteints de perforation gastro-duodénales à refaire ensuite des perforations. Pour eux, la perforation d'un ulcère peptique de la bouche est presque à prévoir si à la suture simple de la perforation on adjoint la gastro-entérostomie ; aussi ces

auteurs étrangers recommandent-ils de s'abstenir de la G. E. toutes les fois que cette abstention est possible.

D'APRÈS LA SYMPTOMATOLOGIE, on peut individualiser une forme fruste où tout le tableau clinique de la perforation est atténué. Le péritoine de ces malades déjà opérés pour ulcus est plus tolérant, il ne manifeste pas sa souffrance avec autant d'intensité. La douleur brutale initiale existe cependant, mais le ventre est seulement sensible à la main qui cherche à le déprimer. La palpation ne découvre qu'une défense musculaire modérée localisée en une région de l'abdomen et tout le reste demeure souple. Dans l'observation de Goepel (XXIV), après la violente douleur du début, il ne reste plus, au moment de l'examen comme signe objectif, que la contracture des droits. Dans l'observation XIII : contracture localisée au côté droit de l'abdomen, le reste du ventre est souple. Dans l'observation LIV : contracture prédominante à l'étage sous-ombilical.

D'APRÈS L'ÉVOLUTION DE LA PERFORATION on peut distinguer une forme importante : la perforation en péritoine libre secondairement couverte, cette forme clinique de perforation est fréquente et bien connue pour l'ulcère gastro-duodénal spontané. Depuis l'étude Schnitzler (1912), de nombreux travaux ont été consacrés à cette question, et récemment, on a beaucoup écrit en France sur le traitement des perforations couvertes d'ulcères gastro-duodénaux.

Dans ces cas la perforation de l'ulcère s'est faite d'abord en péritoine libre. La preuve en est que la radioscopie décèle l'existence d'une bulle d'air libre dans la cavité abdominale et qu'à l'intervention l'incision du péritoine donne issue à des gaz.

Ce n'est que secondairement que la perforation s'est bouchée : un organe voisin (le foie très souvent) ou l'épiploon sont venus revêtir d'un manteau protecteur l'orifice de la perforation.

Théoriquement les perforations d'ulcères peptiques qui ressemblent par ailleurs tant aux perforations gastro-duodénales devraient bien aussi parfois (comme eux) après avoir été des perforations libres devenir des perforations couvertes. Or, effectivement, 3 observations de ce genre ont été publiées par Singer et Meyer dans les *Annales of Surgery* de 1934 (observ. LXXXI, LXXXII, LXXXIII).

Dans ces cas, au point de vue anatomique, la perforation jéjunale ou gastro-jéjunale survient donnant issue aux gaz et aux liquides gastriques. Mais plus ou moins vite le côlon transverse, le mésocôlon transverse, des dépôts fibrineux viennent fermer l'orifice de la perforation. Alors, ou bien gaz et liquides se résorbent ou bien il se produit au niveau de l'orifice de la perforation un abcès, une péritonite localisée.

Au point de vue clinique, dans ces cas la douleur soudaine, atroce, la contracture intense existent dans les deux ou trois premières heures, tout comme dans les cas typiques. Mais peu à peu douleur et contrac-

ture s'atténuent et disparaissent même parfois complètement au bout de 6 à 10 heures. Si c'est alors seulement que le médecin est appelé à examiner le patient, il peut rester perplexe. S'il met le malade en observation et revient le voir quelques heures encore plus tard, il constatera avec satisfaction que son malade va de mieux en mieux, que douleur et contracture ont disparu.

Ce sera que 8, 10, 15 jours après le début, qu'il fera venir le chirurgien, parce que le malade a des douleurs sourdes abdominales, une fièvre élevée à 39°, une polynucléose sanguine, une tuméfaction apparaissent dans la région ombilicale... un abcès s'est développé !

Et pourtant le diagnostic était faisable après un examen attentif. Dans les toutes premières heures le diagnostic n'offre aucune difficulté en raison du tableau clinique typique et bruyant.

Dans les heures suivantes et les jours suivants, ce sera surtout l'interrogatoire bien conduit du malade qui pourra déceler les antécédents francs ou frustes d'ulcère peptique (observ. LXXXI, LXXXII, LXXXIII); qui découvrira dans les signes du début ceux d'une perforation : la douleur en coup de poignard. Tout malade gastro-entérostomisé qui se plaint d'une douleur violente et brutale devra être l'objet d'un examen attentif.

L'examen clinique montrera l'existence d'une sonorité pré-hépatique et surtout la radioscopie donnera la preuve évidente : l'existence du croissant clair sus-hépatique.

L'observation LXXXI est une véritable illustration de ce sujet.

Nous sommes d'ailleurs persuadé que beaucoup d'observations publiées comme « perforation en péritoine localisé d'ulcères peptiques avec abcès au voisinage de la bouche » concernaient en réalité des perforations primitivement libres et secondairement couvertes.

Il en est ainsi de certaines observations anciennes, antérieurement aux premières publications sur les perforations couvertes.

Il en est ainsi sans doute de certaines observations postérieures à l'étude de la perforation couverte, mais antérieure à la pratique de la radioscopie du pneumo-péritoine spontané.

Nous sommes convaincu que beaucoup de perforations d'ulcère peptique en péritoine cloisonné étaient en réalité des perforations libres secondairement couvertes. Les adhérences, les dépôts fibrineux ont souvent suivi et non précédé la perforation, limitent ainsi secondairement les dégâts et donnent une évolution subaiguë et bénigne à l'affection. Par tant, nous pensons que les perforations en péritoine libre d'ulcus peptique sont beaucoup plus fréquentes qu'on est accoutumé de le croire. Le diagnostic en serait fait par une pratique plus systématique de la radioscopie ou radiographie du pneumo-péritoine spontané qui acquiert toute sa valeur dans ces cas atypiques — une valeur capitale car si positive l'épreuve radiologique signe la perforation libre.

Enfin une dernière forme clinique nous semble devoir être étudiée en raison de sa fréquence : la forme itérative. — 11 de nos 83 malades ont présenté plusieurs perforations successives d'ulcères peptiques jéjunaux et gastro-jéjunaux :

Observation XI : 3 perforations se suivant de 5 en 5 mois.

Observation LXVIII : 6 perforations d'U. P. après une première d'ulcère pylorique.

Observation LXIX : 2 perforations à 2 ans d'intervalle.

Observation LXX : 2 perforations d'U. P. après une première perforation d'ulcère pylorique.

Observation LXXI : 3 perforations d'U. P. après une première perforation d'ulcère pylorique.

Observation LXXII : 3 perforations d'U. P. avec 6 mois et 2 ans d'intervalle.

Observation LXXIII : 2 perforations à 3 mois d'intervalle.

Observation LXXIV : 3 perforations avec intervalle de 3 ans et de 17 mois.

Observation LXXV : 2 perforations d'ulcère peptique chez un malade ayant présenté déjà une perforation d'ulcère duodénal et par la suite 2 perforations d'ulcère gastro-duodénal.

Observation LXXVI : 4 perforations d'U. P. après une première d'ulcère gastrique.

Observation LXXVII : 2 perforations d'U. P. après une première d'ulcère duodénal.

En somme, en moyenne, un malade sur 8, présente des perforations successives d'ulcère peptique de la bouche de G. E. et ces 11 malades ont fait à eux seuls 32 perforations d'ulcère peptique. En totalisant ces perforations d'U. P., nous avons donc dans notre relevé d'observations 104 perforations d'ulcère peptique en péritoine libre pour 83 malades.

Ces chiffres importants nous montrent la tendance perforante des ulcères peptiques chez certains malades.

Cette tendance perforante des ulcus peptiques est mise encore en évidence par la coexistence possible chez le même patient de 2 U. P. dont l'un s'est perforé dans le côlon donnant une fistule gastro-jéjunocolique et l'autre s'est perforé en péritoine libre (observ. LX, LXI, LXXX, LXXXIII). L'ulcère peptique une fois né, ou bien perfore l'anse jéjunale en péritoine libre ou bien, attirant vers lui le côlon transverse, il le pénètre peu à peu pour le perforer.

Cette tendance perforante chez certains malades d'U. P. est enfin mise en relief par le fait que parfois la perforation survient même après gastrectomie.

Dans certaines observations, il est vrai, il est noté que les résections gastriques s'étaient bornées à une pylorectomie (observ. LXXX), mais dans 4 autres observations il est spécifié que les gastrectomies étaient étendues (observ. LXXVII, LXXIX, LXXXIII).

De nombreux autres faits soulignent d'ailleurs la tendance perforante de la maladie ulcéreuse chez certains malades :

La fréquence des perforations pyloriques ou duodénales antérieures à la perforation peptique : 20 cas, soit déjà 134 perforations pour 83 malades ; *l'existence parfois* de perforations gastro-duodénales nouvelles après une perforation d'ulcus peptique ou dans l'intervalle de 2 perforations peptiques chez le même patient (observ. LXXV : 2 perforations gastro-duodénales) au total 136 perforations indubitables en péri-toine libre d'ulcère pour nos 83 malades. Il existe donc une catégorie d'ulcéreux naturellement disposés à faire des perforations.

Une conclusion importante doit être tirée de ces constatations : la seule thérapeutique à envisager chez ces malades ulcéreux à tendance perforante est la gastrectomie étendue.

Diagnostic

I. — Dans les cas typiques :

La vue d'une cicatrice de laparotomie sus-ombilicale, la connaissance d'une G. E. pour ulcus pratiquée plusieurs années auparavant ou d'une perforation gastro-duodénale antérieure ; l'existence parfois d'antécédents d'ulcère peptique, la constatation du syndrome de perforation : douleur, contracture, sonorité préhépatique et si, doute, la radio du pneumopéritoine spontané sont des signes qui permettront au chirurgien de penser à la perforation de l'U. P. Dans ces cas typiques, on peut hésiter seulement entre la perforation d'U. P. et une affection fréquente : la perforation appendiculaire et 2 affections rares : la perforation de l'ancien ulcère gastrique qui a continué à évoluer malgré la G. E. tentée contre lui, et la perforation d'un nouvel ulcère gastrique.

DANS LA PERFORATION APPENDICULAIRE. — Le siège initial de la douleur est dans la fosse iliaque droite. Elle y persiste maxima. La contracture si elle s'est généralisée persiste aussi maxima dans la même région. Au cours des premières heures, il y a des signes infectieux : température: $37^{\circ}8-38^{\circ}$, pouls: 90-100, qui

ne sont pas coutumiers de l'ulcère. Comme l'ulcus spontané perforé l'ulcère peptique perforé diffère donc de la perforation appendiculaire. Le diagnostic est faisable entre les deux affections. Mais parfois, la confusion est possible.

L'erreur fut faite quatre fois dans les observations publiées (XIII, XXV, LIV, LXV). Mais l'erreur est vite redressée à l'intervention : l'incision iliaque découvre le liquide absinthique gastrique et fatalement le chirurgien sera conduit alors à pratiquer la laparatomie sus-ombilicale.

LA PERFORATION DE L'ANCIEN ULCÈRE GASTRIQUE, malgré la G. E., est une éventualité possible, mais rarissime. Nous en connaissons seulement 7 observations : de Migniac, Guilleminet et Latreille ; Delore ; Pellé ; Borszeky ; Pervès et Bodelon ; et une inédite de nos amis Moissard et Colas, qui en mars 1934, chez un malade porteur depuis un mois d'une G. E. pour ulcus pylorique, ont observé une perforation de même ulcus qu'ils ont suturé sans succès d'ailleurs.

LA PERFORATION D'UN NOUVEL ULCÈRE GASTRIQUE est éventualité fréquente. Delore en a publié 3 cas, Le Riche 2. Balfour considère même que cette éventualité, loin d'être exceptionnelle, se rencontrerait souvent ; mais il n'en a pas publié de cas. Ces cas rentrent d'ailleurs dans le cadre de l'ulcère peptique au sens large du mot que lui donnent Delore et Leriche :

ulcère récidivant post-opératoire. Ces ulcères récidivants ne diffèrent que par leur siège gastro-duodénal des ulcères récidivants au niveau d'une bouche de G. E. Une observation de ce genre d'U. P. nous a été communiquée par le Docteur Renon, de Niort (homme opéré en août 1934 d'un ulcère siégeant sur la face antérieure de l'estomac. Excision et G. E. au bouton. Décembre 1935 : syndrome de perforation. Cliché montrant un pneumopéritoine typique. Intervention à la 4^e heure : ulcère calleux avec perforation lenticulaire sur la grosse tubérosité. Suture en deux plans, épiplooplastie, guérison sans drainage).

Il est naturellement très difficile de différencier ces cas de perforation de l'ancien ou d'un nouvel ulcère gastrique de la perforation d'un ulcère peptique jéjunal ou gastro-jéjunal. Mêmes antécédents de G. E. pour ulcus. Même sonorité pré-hépatique au radio, pneumopéritoine spontané. Peut-être la douleur est-elle dans ces cas plus marquée, plus nette, mieux localisée à l'épigastre avec parfois irradiation à l'épaule droite. Peut-être la contracture suite plus volontiers le schéma Witt Stetten : gagnant successivement de l'épigastre l'hypocondre droit, la fosse iliaque droite, l'hypocondre gauche, la fosse iliaque gauche, pratiquement on porte toujours le diagnostic de perforation haute du tube digestif. On pense à la possibilité de la perforation de l'U. P. et on intervient toujours.

II. — Dans les formes atypiques de perforations :

Formes frustes et formes de perforation secondairement couvertes, on peut être souvent gêné pour porter le diagnostic. Le diagnostic est cependant encore faisable : l'interrogatoire découvre des antécédents sinon d'ulcus peptique évolutif du moins toujours d'un ulcère gastro-duodénal opéré à froid ou bien à la suite d'une perforation. Or de même que chez un tuberculeux pulmonaire, l'apparition de phénomènes urinaires devra faire plutôt penser à une tuberculose rénale, de même que l'apparition de fractures spontanées chez une opérée de cancer du sein devra faire penser à des métastases osseuses, de même l'apparition de la douleur brutale violente (jamais absente) chez un ulcéreux déjà opéré devra évoquer immédiatement l'idée d'une perforation d'ulcère récidivant, amener un examen clinique attentif et la radioscopie du pneumopéritoine. L'examen clinique bien conduit aidé de la radioscopie permettra le plus souvent d'éliminer même dans ces cas atypiques les multiples syndromes douloureux abdominaux médicaux et chirurgicaux dont l'ulcéreux peut être atteint comme tout sujet en général.

Pronostic

Sur 104 perforations, 18 fois les chirurgiens ne sont pas intervenus en raison de la gravité de l'état du malade ou par défaut de diagnostic, mais toutes ces observations sont très anciennes.

Dans 86 perforations, les chirurgiens ont pratiqué diverses interventions (pas toujours précisées dans les observations) mais le plus souvent la suture simple ou combinée à l'épiplooplastie, à l'excision de l'ulcère (32 fois) et la gastrectomie (11 fois). Il y eut 10 morts dans les jours suivants l'intervention dont l'horaire n'a pas été précisé dans la plupart des cas mais qui manifestement était trop tardive dans les cas où elle a été précisée. Toutes les autres perforations ont été guéries. En somme le pronostic immédiat de la perforation en péritoine libre de l'U. P. n'est pas aussi sombre qu'on serait tenté de le croire au premier abord : il est avant tout fonction de l'état général du malade, de la précocité de l'intervention.

Mais guérison opératoire ne veut pas dire guérison définitive. La preuve en est : la fréquence des perforations itératives, la reprise du processus ulcéreux et l'existence de fistules gastro-jéjuno-coliques souvent signalées dans les suites éloignées. Aussi, si le pronostic immédiat est sérieux sans être très grave, le pronostic éloigné est encore sévère à moins que le chirurgien ne pratique une gastrectomie.

Pathogénie

La pathogénie de la perforation de l'ulcère peptique, celle de l'ulcère peptique, et même celle de l'ulcère en général, se confondent un peu. Elle est du plus haut intérêt; car c'est sur elle qu'on a essayé de fonder la thérapeutique.

Surprise désagréable pour les chirurgiens à une époque où l'on espérait avoir trouvé dans la gastro-entérostomie, le moyen de guérir tous les ulcères, l'U. P. fut d'abord mis SUR LE COMPTE DE CERTAINS DÉTAILS DE TECHNIQUE DE G. E. : le matériel de suture (fil de soie, fil de lin), le bouton anastomotique, les points trop serrés, les traumatismes par clamps. Toutes ces hypothèses ne se soutiennent nullement. Elles n'expliquent pas le cas d'ulcus survenant 20 ans après la G. E. Ils peuvent seulement expliquer les ulcères précoces : ceux des premiers jours, et comme nous l'avons vu à l'anatomie pathologique, dans ce cas l'on trouve non pas des ulcères, mais des ulcérations avec des perforations multiples.

PUIS L'ULCÈRE PEPTIQUE FUT ATTRIBUÉ AU PROCÉDÉ MÊME DE L'OPÉRATION EMPLOYÉ CONTRE L'ULCUS SPON-

TANÉ. — Nous avons dit à l'étiologie que certaines opérations y prédisposaient: la GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE (obs. XVI) y prédispose plus que la postérieure (statistique de Van Roojen : 186 G. E. antérieures avec 6 ulcères peptiques ; 444 G. E. postérieures avec seulement 4 U. P.). La gastro-entérostomie prédispose encore davantage à la récurrence de l'ulcère : Florken a donné le chiffre de 16,8 % et Petersen celui de 24 % pour les récurrences d'ulcères après la G. E. en y.

MAIS C'EST SURTOUT L'EXCLUSION ANTRALE OU PYLORIQUE AJOUTÉE A LA G. E. qui augmente énormément les probabilités d'apparition d'ulcus peptique (25 %). « L'exclusion antrale ou pylorique est le plus sûr procédé qu'on connaisse pour produire chez l'homme un ulcère post-opératoire » (Le Riche : rapport au Congrès de chirurgie de 1931, page 197).

L'EXCISION OU LE BRÛLAGE DE L'ULCÈRE A LA BALFOUR adjoints à la G. E. seraient rarement suivis de récurrence.

LA RÉSECTION POUR EXCLUSION A LA FINSTERER ne serait jamais suivie de récurrence, si d'après l'auteur de la méthode, on a le soin d'enlever les 2/3, droits de l'estomac. Haberer a publié de nombreux cas d'ulcus peptiques après l'opération de Finsterer, qui a en outre l'inconvénient de laisser en place l'ulcus pylorique ou duodénal susceptible de se perforer lui-même.

DE TOUTES LES INTERVENTIONS, LA PYLORO-GASTRECTOMIE ÉTENDUE semble la meilleure : celle qui met le plus à l'abri des récidives. Dans la statistique de Starlinger, sur 7.789 Péan il y a 0,9 % de récidive et sur 14.273 Bilhroth 0,5 %.

Nos 3 observations inédites de perforation d'U. P. sont survenues après G. E. : 2 post et 1 antérieure.

Parmi les 83 observations publiées : la plupart des perforations sont survenues après G. E. A., G. E. P., G. E. en Y. Dans 6 observations seulement après gastrectomie.

De ceci nous pouvons conclure : que, si l'ulcus peptique et l'ulcus peptique perforé surviennent rarement après certaines opérations (la pyloro-gastrectomie), il n'est pas de procédé opératoire qui n'en soit suivi.

IL NOUS SEMBLE QUE LA CAUSE DE LA RÉCIDIVE DE L'ULCUS EST ÉTRANGÈRE AU DÉTAIL DE L'INTERVENTION ET AU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE EMPLOYÉ, QU'ELLE EST IDENTIQUE A LA CAUSE DE L'ULCUS SPONTANÉ. — On demeure frappé en effet, de constater que l'ulcus récidivant possède tous les caractères étiologiques, anatomiques, cliniques, de l'ulcus ordinaire spontané. Les complications en sont aussi les mêmes. Dans les 2 cas, une fois le processus ulcéreux déclenché, il tend à perforer toutes les tuniques du tube digestif, non d'une façon continue, mais d'une façon intermittente. L'ulcération progresse par poussées successives séparées par de longs intervalles : des semaines, des mois et parfois des années de repos qui correspondent

peut-être à un début de cicatrisation, et c'est parfois au cours d'une poussée évolutive qu'apparaît secondairement la perforation en péritoine libre ou localisé, suivant que le péritoine voisin ait plus ou moins réagi, que les adhérences aient eu ou non le temps de se développer. L'ulcère peptique nous paraît être donc un nouvel ulcère identique au premier, n'en différant que par le siège. Il nous semble être simplement, la reprise de la maladie ulcéreuse, malgré l'opération qu'on avait tentée contre elle.

La maladie ulcéreuse continue à évoluer parce que l'opération n'en a pas supprimé la cause.

Sans entrer dans les détails, sans énumérer les multiples théories échafaudées depuis une centaine d'années pour tenter d'expliquer la maladie ulcéreuse, nous donnerons comme fort probable l'hypothèse déjà vieille invoquant comme cause l'hyperacidité gastrique.

La sécrétion acide exagérée est invoquée depuis longtemps comme cause déterminante de la maladie ulcéreuse. Il est en effet facile de constater que les ulcéreux sont des hyperchlorhydriques et que ceux qui récidivent après l'intervention sont précisément ceux qui, malgré l'opération, présentent un suc gastrique trop acide.

D'où on est venu à conclure que l'hyperacidité était la cause de l'ulcère, que la suppression de cette hyperacidité doit amener la guérison. De fait, partant de cette idée que l'acidité gastrique était la cause de l'ulcère, Finsterer eut l'idée de supprimer « la zone de l'estomac qui sécrète l'acide, les 2/3 droits de

l'estomac » et créa la résection gastrique avec exclusion du pylore; et il semble que l'opération de Finsterer ne soit pas suivie de récurrence si elle rend l'estomac achlorhydrique. De fait aussi la large pylorogastrectomie à la Péan ou Billroth n'est pas suivie d'ulcus peptique, si elle amène la suppression de l'acidité gastrique. Par contre, si ces opérations n'ont pas été assez étendues, si l'acidité persiste, on peut voir la maladie ulcéreuse continuer à évoluer, l'ulcus



FIG. 4.

Reste à donner à la résection pour exclusion d'après un schéma de Finsterer (Archiv. für klinische chirurgie, 1930).

jéjunal ou gastro-jéjunal se produire. L'hypersécrétion acide de l'estomac est donc probablement la cause d'ulcère.

Mais dans ces opérations l'on enlève les 2/3 droits de l'estomac : le pylore, l'antrum, la petite courbure. Or aujourd'hui, il est démontré que ce ne sont pas ces régions qui fabriquent l'acide ; mais la région de la grosse tubérosité que ces opérations laissent en

place. Bien faites, c'est-à-dire assez étendues, elles amènent néanmoins l'achlorhydrie et l'absence d'U. P. : d'où l'hypothèse émise par Leriche au Congrès de chirurgie en 1931 :

« La sécrétion acide fundique serait le résultat d'une action hormonale à point de départ antral. Dans la maladie ulcéreuse, il y aurait d'abord gastrite inflammatoire au niveau de la région pyloro-antrale. La sécrétion hormonale antrale passant dans le sang inciterait alors le fundus à une fabrication anormale de suc acide d'où hypersécrétion-hyperacidité. Ce suc acide arrive à l'antra normalement défendu contre son action par un revêtement du mucus que fabriquent les glandes muqueuses de la région. Or ce mucus est modifié par la gastrite antrale et par l'action du suc trop acide. Il ne joue plus son rôle protecteur : un ulcère spontané se produit. Si on enlève toute la région pyloro-antrale par une pyloro-gastrectomie on peut amener la guérison en supprimant l'antra, point de départ de la sécrétion hormonale, partant, de l'hypersécrétion acide.

De même pour l'ulcère peptique : on a fait une G. E. ou tout autre opération contre l'ulcère spontané, ne supprimant pas de façon totale la sécrétion hormonale antrale : il persiste une hypersécrétion acide. Or on abouche à l'estomac une portion jéjunale et le jéjunum dépourvu de glandes muqueuses n'est pas protégé par du mucus contre l'action du suc acide. Il se produit à son niveau un ulcus peptique. L'opération qui guérira l'ulcus peptique (comme

celle qui guérit l'ulcère primitif) est celle qui rendra l'estomac achlorhydrique. D'où la justification des gastrectomies très larges ne laissant que la grosse tubérosité. Mais il faut avouer qu'on n'est jamais sûr d'avoir assez enlevé. La gastrectomie la plus étendue peut avoir laissé une portion de la petite courbure à sécrétion hormonale et être suivie d'U. P.

Traitement

I. — LE MEILLEUR TRAITEMENT ÉTANT LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE, il faut traiter l'ulcère spontané par une opération qui mette à l'abri de la récurrence, à l'abri de l'ulcus peptique et de ses complications, notamment de la perforation. Nous venons de dire (c'est justifié par les statistiques) que l'opération qui mettait le plus sûrement à l'abri de l'ulcère post-opératoire était celle qui amenait l'achlorhydrie. Par conséquent en se conformant à la pathogénie, il faut traiter l'ulcus ordinaire par la gastro-pyloréctomie étendue (Gosset, Pauchet, Le Riche et Finsterer).

Mais si la gastro-pyloréctomie met beaucoup plus sûrement à l'abri de l'ulcère récidivant post-opératoire, c'est là, sauf entre les mains de certains, spécialisés dans la chirurgie gastrique, une opération longue, difficile, choquante. De plus, le chirurgien ne sera jamais sûr d'avoir assez enlevé (de ne pas avoir laissé une portion de la petite courbure à sécrétion hormonale déclenchant une hypersécrétion fundique et un U. P. ?). Il y a 0,5 % d'U. P. après pyloro-gastrectomie.

Par contre la gastro-entérostomie est une opération bénigne, rapide, facile, où la mortalité opératoire

toire est rare, à elle seule, elle amène souvent la guérison définitive de l'ulcère (0,5 % à 5 % d'U. P.). Les récidives sont même extrêmement rares, si on y adjoint le brûlage ou l'excision (Balfour-Lambret). Aussi la G. E. a conservé de chauds et fidèles partisans.

II. — Pour traiter une PERFORATION GASTRO-DUODÉNALE, faire le plus souvent une suture simple en s'abstenant de G. E. si possible. Dans les cas rares de malade résistant et de perforation datant de 5 à 6 heures : gastrectomie des 2/3 droits.

Quoi qu'il en soit, le malade, une fois opéré d'ulcère, il faut l'adresser à un médecin. Il est capital que tous les opérés d'ulcère soient suivis et régulièrement suivis par un médecin (Gosset et Gutmann). D'une part, le médecin par ses prescriptions médicamenteuses et diététiques peut empêcher la récurrence de la maladie ulcéreuse. D'autre part si, malgré le traitement médical, l'ulcus peptique se produit, il sera diagnostiqué par la clinique et les radiographies en série avant ses complications dont la perforation brutale ; et aussitôt diagnostiqué l'ulcus peptique sera opéré. Une telle conduite a permis à Delore et Creyssel d'opérer 21 cas d'U. P. sans une seule perforation.

Mais comme nous l'avons déjà fait remarquer, l'U. P. peut évoluer sous un tableau extrêmement fruste capable de tromper le médecin le mieux averti et souvent d'une façon absolument latente, la perforation en étant le premier signe. Contrairement à

Delore et Creyssel, nous dirons donc encore une fois que le chirurgien peut se trouver un jour ou l'autre en présence d'une perforation en péritoïne libre d'un ulcus post-opératoire. Et alors se pose pour lui le problème du traitement curatif.

Dans son rapport au Congrès de Chirurgie de 1931 (page 108), Gosset après avoir insisté longuement sur le traitement de l'U. P., de la fistule jéjuno-colique, discute brièvement le traitement de la perforation en péritoïne libre. Il envisage 4 opérations possibles : la suture simple de la perforation, la suppression de la G. E., la résection de l'anse jéjunale perforée qu'il rejette, et enfin la gastrectomie qu'il conseille formellement.

LA SUTURE SIMPLE de la perforation expose à la récurrence. A l'appui de cette affirmation, Gosset cite les observations de perforations itératives de Moynihan, Woodside, Judine, Balfour ; chez les malades de Moynihan et Judine, les perforations d'ulcus peptique récidivèrent jusqu'au jour où enfin les chirurgiens firent la pylorogastrectomie. Et Gosset conclut : « La suture simple n'est qu'un expédient » ; effectivement sur les 32 cas où la suture fut pratiquée il y eut : une mort opératoire, 6 cas de perforations itératives nécessitant de nouvelles sutures ou la gastrectomie, 2 fois reprise de douleurs sans que leur cause soit précisée, 2 fois des fistules gastro-jéjuno-coliques.

LA SUPPRESSION DE LA G. E. AVEC RÉTABLISSEMENT DU CIRCUIT NORMAL est à rejeter aussi, car elle « n'abou-

tit pas à remettre en l'état normal le tube digestif chez un malade à disposition ulcéreuse » (Gosset). Cette opération a été pratiquée deux fois. Dans l'observation de Simon, le malade fit par la suite un ulcère prépylorique qui nécessita une gastrectomie type Billroth II.

LA RÉSECTION DE L'ANSE JÉJUNALE PERFORÉE et de la G. E. avec établissement d'une nouvelle G. E. « n'est qu'un pis aller » (Gosset). Elle a été pratiquée 3 fois avec quelques variantes de technique. Dans l'observation d'Ockinczyc elle fut suivie d'une réactivation de l'ulcère duodénal primitif, nécessitant une pylorotomie avec polya rétro-colique.

LA GASTRO-PYLORECTOMIE A TYPE BILLROTH II est la seule opération radicale mais ne peut être pratiquée avec succès qu'en l'absence de péritonite diffuse (Gosset). Elle a été faite 11 fois sur les 39 cas où les interventions pour perforation en péritoine libre d'U. P. sont précisées. Ces 11 cas ont été des succès. Aucune mortalité opératoire. Aucune reprise de la maladie ulcéreuse : la gastrectomie supprimant l'antré, point de départ de la sécrétion acide. Il paraît donc qu'on doit préférer la pyloro-gastrectomie à tout autre procédé opératoire.

Quant à nous, il nous semble que la discussion soit permise, qu'il faille même être très éclectique, ne pas rejeter d'emblée un procédé opératoire quel qu'il soit. A l'ouverture de l'abdomen pour perforation d'U. P., le chirurgien peut se trouver en présence de

cas extrêmement dissemblables nécessitant des opérations extrêmement différentes, dont les règles sont difficiles à préciser d'avance. Il devra se laisser guider par l'état des lésions qu'il découvre, d'une part, et l'état clinique de son malade, d'autre part. En effet la suture simple de la perforation mérite de demeurer un procédé de choix et non un « pis aller ». Employée le plus fréquemment jusqu'à aujourd'hui, elle compte tout de même 21 succès sur 32. La guérison subsiste parfaite chez nos 3 opérés : 5 ans, 13 mois et 12 mois après la suture. Outre que la suture compte à elle seule de nombreuses guérisons définitives, c'est souvent la seule méthode que le chirurgien puisse raisonnablement appliquer.

La suture simple nous semble devoir être appliquée à tout sujet, âgé ou taré, même dès les premières heures, car un vieillard ou un adulte entaché de tuberculose ou de diabète ne fera jamais les frais d'une opération choquante comme la gastrectomie d'emblée.

Elle nous semble devoir être aussi appliquée à tout sujet, même jeune et résistant, peu choqué, à partir de la septième heure, car il ne faut pas oublier que les malades sont en péritonite généralisée, que leur vie est en danger : il faudra aller vite pour les empêcher de mourir d'abord. On verra après, s'il est nécessaire, à les guérir de leur maladie ulcéreuse et à leur faire une gastrectomie curatrice. C'est la conduite adoptée par Michon. Bien qu'opérant son malade dès la troisième heure de perforation d'U. P.

gastro-jéjunale, Michon se contenta de l'excision et de la suture simple. Ultérieurement et à titre préventif, il fit une gastrectomie à la Polya. Guérison maintenue trente mois après.

En somme, *la suture simple nous apparaît comme le traitement d'urgence guérissant la perforation en péritoine libre de l'ulcus peptique et la gastro-pylo-rectomie comme le traitement de la maladie ulcéreuse, mais qu'il vaut mieux n'appliquer le plus souvent que plusieurs mois (3-4) après la guérison de la complication brutale de l'ulcère récidivant post-opératoire jéjunal et gastro-jéjunal.*

CONCLUSIONS

I. — Les perforations en péritoine libre d'ulcères peptiques post-opératoires jéjunaux et gastro-jéjunaux sont rares mais tout de même beaucoup plus fréquents qu'il n'est classique de l'admettre.

II. — DU POINT DE VUE ANATOMIQUE, les perforations d'ulcère gastro-jéjunal, siégeant sur la bouche même de G. E., sont des perforations d'ulcère calleux.

Les perforations d'ulcère jéjunal, siégeant sur la paroi antérieure de l'anse efférente jéjunale souvent dilatée, se font presque toujours en tissu « sain ».

Les perforations précoces et multiples dans les premières semaines après une G. E. sont, en réalité, des complications opératoires de la G. E. et non des perforations d'ulcère peptique.

III. — DU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE, la perforation en péritoine libre d'U. P. est une affection presque exclusivement du sexe masculin, suivant, de 4 mois à 10 ans, une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal ou pylorique. Plus précisément la perforation en péritoine libre d'un ulcère peptique suit souvent une perforation d'ulcère gastro-duodénal spontané traité par suture simple et G. E.

IV. — DU POINT DE VUE CLINIQUE, le tableau habituel de la perforation en péritoine libre d'U. P. ressemble au tableau classique de la perforation gastro-duodénale.

Mais il existe des formes frustes et des perforations libres d'U. P. secondairement couvertes.

De plus la forme itérative de la perforation libre de l'U. P. est une éventualité très fréquente.

V. — LE DIAGNOSTIC repose dans les cas ordinaires sur les antécédents de G. E. pour ulcère gastro-duodénal perforé ou non ; sur les antécédents d'ulcère peptique ; sur la constatation de la douleur brutale, du ventre de bois, de la sonorité pré-hépatique.

Il est en général facile d'éliminer l'appendicite, plus difficile ou impossible d'éliminer la perforation de l'ancien ou d'un nouvel ulcère gastro-duodénal.

Dans les formes atypiques : une attention particulière accordée aux symptômes du début et la recherche radioscopique de la bulle d'air sus-hépatique permettront d'arriver au diagnostic juste.

V. — LA PATHOGÉNIE de l'U. P. et de l'ulcère en général se confondent. Certains sujets atteints de la maladie ulcéreuse ont une tendance naturelle à faire des perforations itératives nombreuses d'ulcère peptique et d'ulcères gastro-duodénaux. La suppression des deux tiers droits de l'estomac semblent arrêter court l'évolution de la maladie ulcéreuse et cette tendance perforante.

VII. — LE TRAITEMENT doit varier suivant les cas :

La gastrectomie d'emblée, thérapeutique idéale, est indiquée seulement si le malade a un bon état général et si on intervient dans les toutes premières heures (5 heures).

La suture simple est le traitement de choix dans tous les autres cas, mais elle ne guérit que la perforation et chez ces malades à tendance perforante si remarquable, il faudrait dans les mois suivants pratiquer une gastrectomie curative de la maladie ulcéreuse.

Vu :

LE DOYEN.

ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

B. CUNÉO

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALESSANDRI. — Ulcères peptiques. Pathogénie et traitement (*Bruxelles Médical*, t. XII, 22 mai 1932, p. 822-824).
- BAARJELIN. — In Petren *Beitrage zur Klinischen chirurgie*, 1911, t. LXXVI, p. 305.
- BALFOUR. — Occurence and mamagement of gastro-jejunal ulcers (*Annals of surgery*, août 1926, p. 279).
- BATTLE. — *British medical Journal*, 1910.
- BERTRAND (P.) et MARTIN (E.). — La perforation en péritoine libre des ulcères peptiques post-opératoires jéjunaux et gastro-jéjunaux (*Lyon Chirurgical*, 1933, t. XXX, p. 641).
- Perforation d'ulcère peptique gastro-jéjunal en péritoine libre (*Lyon Chirurgical*, 1926, t. XXIX, p. 577-580).
- BONNET et CROIZAT. — Perforation d'ulcère gastrique après la gastro-entérostomie (*Lyon Chirurgical*, 1926, t. XXIII).
- BRAUN (H.). — Présentation d'une pièce : ulcère perforant du jéjunum survenant onze mois après gastro-entérostomie (*Verhaud-leingen der deutschen gesellschaft fur chirurgie*, Berlin, 1899, p. 95-97).
- BRAMS (W. A.) and MEYER (K. A.). — Diagnostic and treatment of gastro-jejunocoli fistula (*Surg. Gynec. and Obstet.*, 38, 646, 1924).
- BRANDTNER (C. E.) and TONNIS (W.). — Beitrage zur Haufigkeit und behandlung des ulcus peptikum jejuni nach gastroenterostomie wegen perforiertem magen und duodenalulcus (*Deutsche Zeit. f. chir.*, 236, 93, 1932).

- BRUTT (H.). — Beiträge zur klinik und zur operativen behandlung des peptischen jejunalgeschwurs nach gastroenterostomie (*Beitr. z. Klin. chir.*, 126, 41, 1922).
- Bericht über die 34 tegung der vereinigung nordwestdeuts cher chirurgen (*Zentralblatt. f. chir.*, 54, 2268, 1927).
- CACOVICZ. — *Lienicki Vistruck*, n° 7.
- CARR. — Perforation d'un ulcère de l'estomac après gastro-entérostomie (*The journal of the american association*, Chicago, 1919, t. LXXIII).
- CHARBONNEL et LEURET (F.). — Perforation en péritoine libre d'un double ulcère peptique jéjunal et gastro-jéjunal (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 1925, t. XLVI, p. 727-730).
- COLETTI (A.). — Perforation de l'ulcère primitif du jéjunum (*Il Policlinico*, sezione chirurgica, n° 6, 15 juin 1936 ; In *Journal de chirurgie*, n° 6, décembre 1936).
- DAVENPORT (C. L.). — Five operations in Twelve Years for perforation (*J. A. M. A.*, 97, 99, July 1931).
- DELALOYE. — *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1906, t. LXXXIII, p. 502.
- DELOR y CASTRO. — Ulcère gastro-jéjunal perforé (*Archiv. Espan. de enfermed. del aparato digestivo*, juin 1926).
- DELORE et CREYSEL. — Les ulcères peptiques (*Journal de Chirurgie*, 1925, t. XXV, p. 385).
- EDINGTON. — *Glasgow medical journal*, juin 1907.
- EISELSBERG (Von). — Mitt. a. d. Greuzd. d. med. und Cgir., t. XVI (*Archiv. für Klinische chirurgie*, t. C, p. 177).
- FEILLARD. — La perforation en péritoine libre des ulcères peptiques (*Thèse de Bordeaux*, 1934).

- FLORCKEN (H.) and STEDEN (E.). — Beitrage zur entstehung und therapie des ulcus pepticum jejuni (U. p. j.) nach magenoperationen nach einigen erfahrungen and einer umfrage bei 22, chirurgen (*Archiv. f. klin. chir.*, 143, 173, 1926).
- FOWLER (R. M.). — Ulcère jéjunal perforé à la suite de G. E. pour ulcère duodénal perforé (*Long Island med. Journal Brooklyn*, 1918, t. XII, p. 266).
- FROMME. — Deux cas de résection primitive d'ulcères peptiques perforés en péritoine libre (*Bruns. Beitrage zur klinisch. chir.*, t. CXLVII, n° 1, juillet 1929, p. 111-116 et 578).
- GELAS. — De quelques considérations sur l'ulcère gastroduodénal consécutif à la gastro-entérostomie (*Revue de Chirurgie*, 1912, n° 12).
- GOEPEL. — *Leipzig Kongressbericht*, 1902, p. 108.
- GRASER. — *Chir. Kongress.*, 1906.
- HAHN. — *Kongressbericht Berlin*, 1899, p. 74.
- HALL BASIL. — *Gastric Surgery*, 1906.
- HAMAN. — *Cleveland med. journal*, mai 1907.
- HARTMANN (H.). — Rapport sur une observation de Marquis : perforation d'un ulcère peptique du jéjunum 10 ans après une G. E. Influence des diverses techniques de G. E. sur la production de ces ulcères (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1913, p. 1069 et 1517).
- HAYON. — L'ulcère peptique du jéjunum (*Thèse de Paris*, 1929).
- HENRY (C. K. P.). — Recurrent gastric perforations (*Surg. gynec. and obstet.*, 32, 542, 1921).
- HOLMAN. — Perforation d'ulcère gastrique trois ans et demi après gastro-entérostomie pour ulcère duodénal perforé (*Brit. M. J.*, 6 juin 1931, p. 978-979).

- HITZROT. — *Annals of surgery*, 1911, p. 571.
- JACOBOVICI. — *Congrès Français de Chirurgie*, 1931, p. 228.
- JENSEN. — *Hospitals titende*, 1908.
- JIANN. — *Revista de chirurgia*, 1907.
- JUDINE. — *Lyon Chirurgical*, t. XXVII, déc. 1930, p. 172.
- JURA (V.). — Ulcère perforé du jéjunum après gastro-entérostomie pour ulcère duodénal (*Bull. e. atti. acad. med. di Roma*, avril 1927, t. LIII, p. 131-134).
- JUST. — Ulcère du jéjunum perforé dans la cavité abdominale. (*Wien. Klin. Wochnschr.*, 1929, t. XLIII, p. 500-503).
- KEYLENNANDER. — *Archiv. fur Klin. chir.*, t. XCI.
- KORTE. — Demonstration eines ulcus pepticum jejuni nach gastro-enterostomie wegen magen ulcus (*Kongressbericht*, 1900, p. 137).
- KUMMER. — *Congrès Français de Chirurgie*, 1931, p. 215.
- KUNZ (H.). — Sur un cas d'ulcère peptique perforé après gastro-entérostomie pour ulcère duodénal (*Arch. f. Klin. chir.*, 1926, t. CXL, p. 419-426).
- LAMBERT et RAZEMON. — 17 cas d'ulcères peptiques. Un cas de perforation (*Echo Médical du Nord*, t. XXXVI, p. 293-296).
- LE GAC. — Malade opéré successivement d'ulcère duodénal perforé puis d'ulcère peptique perforé. Résultat après 10 ans (*Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, t. XXVIII, n° 10, 1936, p. 360).
- LERICHE (R.). — Pathogénie des ulcères peptiques post-opératoires (*Rapport au XI^e Congrès de Chirurgie Paris*, 5-10 oct. 1931).

- LEVEUF (T.). — Perforation en péritoine libre d'un ulcère jéjunal consécutif à la gastro-entérostomie (*Bulletins et Mémoires de la Soc. Nat. de Chir.*, 1926, t. LII, p. 409).
- La perforation en péritoine libre des ulcères post-opératoires du jéjunum (*Revue de Chir.*, 1927, p. 102).
- LEWISHOHN. — Résection gastrique secondaire pour ulcère gastro-jéjunal perforé avec péritonite (*Annals of Surg.*, novembre 1934).
- LIEBLEIN. — Das ulcus jejuni und gastro-jejunale nach G. E. (*Centralblatt für chir. Léna*, 1915, t. XIX, p. 64).
- LINDGVIST (S.). — Some remarks on case onf postoperative peptic (gastro-juenal) ulcer, penetrating into anterior abdominal wall (*Acta radiol.*, 6 : 165-171, 1926).
- LINDNER. — *Munch. med. Woch.*, 1912.
- LION et MOREAU. — La fistule jéjuno-colique par ulcère peptique du jéjunum à la suite de gastro-entérostomie (*Revue de Chir.*, 1909, p. 373).
- LUFF. — Rapport de Brit. med. Association (in *Brit. med. Journal*, p. 1076, 7 déc. 1929).
- LUND (F. B.). — Subacute perforation of the stomach with report of thiree X cases (*Boston M. S. J.*, 152, 516, 1905).
- LUQUET. — L'avenir éloigné des opérés pour perforation d'ulcères gastriques ou duodénaux (*Bull. et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, t. XXVIII, n° 10, 1936, p. 341).
- MAC KELVEY (J. L.). — Ulcère gastro-jéjunal perforé (*Med. journal Australia. Sidney*, 1922, t. II, p. 414).
- MAYLARD. — *The Lancet*, 19 février 1910, p. 497.
- MASSIÉ (G.). — Perforated jejunal ulcer (*Gu'ys Hosped. rep.*, 74, 70, 1924).

- MEYER (K. A.) et ROSI (P. A.). — Successive perforations of two anastomotic marginal ulcers in same patient (*Soc. clin. N. A. A. American*, oct. 1923, t. XIII, p. 1251-1256)².
- MICHON (L.). — Ulcère peptique perforé, suture de la perforation (*Bulletin de la Soc. Nationale de Chirurgie*, 1932, p. 667).
- MICKULICZ et ZEIGEL. — *Mitteilungen ausden Greuzde-bien der med. u. ch.*, t. XIII, p. 897.
- MOYNIHAN. — Abdominal operations, 4^e édition, vol. 1, p. 370.
- OKINCZYC. — Présentation d'une pièce opératoire d'ulcère peptique du jéjunum (*Société de Chirurgie*, 1927, p. 992).
- PARKER. — In Paterson : *Annals of Surgery*, 1909.
- PATERSON (H. J.). — Jéjunal and gastro-jéjunal ulcer Following gastro-jejunosomy (*Ann. surg.*, 50, 367, 1909).
- PAUCHET. — L'ulcus jéjunal (*Journal de Médecine de Paris*, 20 sept. 1920).
- PERVES et BADELON. — A propos des perforations itératives des ulcères gastriques ou duodénaux (Rapport de M. A. Basset, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. LXIII, n^o 17, p. 226).
- PETREN. — *Beitrag zur Klinischen chirurgie*, t. LXXVI.
- PODLAHA. — *Congrès Français de Chirurgie*, 1931, p. 243.
- PORZELT (W.). — Perforation d'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie pour ulcère duodénal perforé (*Zentralblatt fur chirurgie*, t. LV, p. 1740-1742, juillet 1928).
- RIESS. — Tendance perforante de l'ulcère peptique jéjunal (*Zentralblatt fur chirurgie*, t. LII, p. 2278, 19 déc. 1925).
- ROBERTS (A. T.). — Un cas d'ulcère jéjunal perforé après gastro-entérostomie postérieure (*Med. Press London*, 1920, t. CIX, p. 480).

- ROBINSON (V. P.). — Cas de gastrectomie partielle pour ulcère du pylore suivie de deux ulcères jéjunaux perforés à 6 mois d'intervalle (*Lancet*, 17 avril 1928, p. 703-704).
- ROMANIS (W. H. C.). — Un cas de perforations jéjunales successives (*Lancet*, London, 1918, p. 536).
- ROZAN. — Les ulcères peptiques perforés (*Thèse de Lyon*, 1932).
- SCHWARTZ (E.). — Perforation d'ulcère peptique jéjunal après gastro-entérostomie (*Deutsche Ztschr. f. Chir.*, 1929, t. CXLII, p. 116-132).
- Statistique de Schloffer (*Beitrage Zurlinischen chir.*, 1929, t. CXLVII, p. 116-132).
- SCHNITZLER (J.). — Ueber gedeckte Magenperforationen und uber Entstehung der penetrierenden magengeschwure (*Med. Klin.*, 1, 938, 1912).
- SIMON (R.). — *Société de Chirurgie*, juillet, p. 107.
- SINGER et K. A. MEYER. — La perforation de l'ulcère jéjunal en péritoine libre (*Archiv. of Surgery*, vol. 29, 1, July 1934).
- SINGER (H. A.) and VAUGHAN (R. T.). — The « Formes frustes », type of perforated peptic ulcer (*Surg. Gynec. and Obstet.*, 50, 10, 1930).
- SINGER (H. A.). — Spontaneous recovery from perforation of peptic ulcer into the free abdominal cavity (*Archiv. Int. Méd.*, 45, 926, June 1930).
- SINGER (H. A.) and ROSI (P. A.). — The pathogenesis of perigastric abscess, complicating peptic ulcer (*Am. J. M. Sc.*, 183, 600, 1932).
- SINGER (H. A.). — Perforated peptic ulcer with intermittent laekage (*J. A. M. A.*, 102, 112, 13 janvier 1934).
- SMITH. — Ulcère jéjunal perforé primitif (*Annals of Surg.*, mai 1935).

- SMITH (B. C.). — Ulcère jéjunal primitif perforé (*Annals of Surgery*, mai 1935, in *Journal de Chirurgie*, janvier 1936).
- SPATH (F.). — Ueber das in die freie Bauchhöhle perforierte ulcus pepticum jejuni (*Deutsche Zeitsch. f. chir.*, 205, 113, 1927).
- SOKOLOV. — Enquête auprès des chirurgiens russes (*Journal de Chirurgie*, 1929, p. 379).
- STEDEN (E.). — Au sujet de l'ulcère peptique du jéjunum et de sa perforation en péritoine libre (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, t. CCXXX, fasc. 6, fév. 1931, p. 404).
- STEINTHAL. — Multiples ulcères perforés du jéjunum après gastro-entérostomie (*Kongressbericht*, 1900, p. 139).
- STOLZ. — *Congrès Français de Chirurgie*, 1931, p. 239.
- THURSTEN (J. A.). — Perforations répétées d'ulcères peptiques avec guérison (*U. S. Vetbur. M. Bull.*, 1929, t. V, p. 131-133).
- TREVOR. — Ulcère jéjunal perforé (*The Lancet*, 23 mars 1935, p. 673).
- URRUTIA (L.). — Das ulcus peticum jejuni nach magenoperationen in spanien (*Archiv. f. Verdauungskr.*, 40, 339, 1927).
- VERBRUGGE (J.). — Gastrojejunocolic fistulas (*Archiv. Surg.*, 11, 790, novembre 1925).
- WILKINSON. — Perforation libre de l'ulcère du jéjunum (*Amer. J. of Surg.*, juillet 1935).
- WOODSIDE. — *Brit. Med. Journal*, 18 avril 1931, p. 667.
- WRIGHT GARNETT. — Secondary gastro-jejunal and jejunal ulceration (*The British Medical journal of Surgerq*, janv. 1929, p. 390).
- WYMOR. — Perforation d'un ulcère survenant après gastro-entérostomie (*Munchener Medizinische Wochenschrift*, t. LXXI, 7 nov. 1924, n° 45).



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



